

**Interrater-Reliabilität des Pädiatrisch Ergotherapeutischen  
Assessment- und Prozessinstrumentes (PEAP) und  
Erfassung der Entscheidungskriterien bei der Bewertung durch  
Ergotherapeuten**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des Doktorgrades

der Humanwissenschaftlichen Fakultät

der Universität zu Köln

nach der Promotionsordnung vom 10.05.2010

vorgelegt von

**Helen Strebel**

aus

Heidenheim/Brenz

April 2017

Diese Dissertation wurde von der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln  
im Juli 2017 angenommen.

Erster Gutachter:

**Prof. Dr. Klaus Fischer**

Zweiter Gutachter:

**PD Dr. Eckhart Knab**

Tag der mündlichen Prüfung:

26.07.2017

„Man muss, um sich mit dem Kinde verständigen zu können, nicht nur wissen, wie das Kind in der Welt lebt, sondern, man muss auch wissen, in welcher Welt es lebt.“

*Martha Muchow (1892–1933)*



## **Danksagung**

Die vorliegende Arbeit wäre ohne die Unterstützung und den Rückhalt vieler Personen nicht möglich gewesen. Ihnen möchte ich an dieser Stelle meinen Dank aussprechen.

Besonderer Dank gebührt meinem Doktorvater Prof. Dr. Klaus Fischer, der mich während der Promotionszeit mit konstruktiven Anregungen unterstützte. Ebenso danke ich PD Dr. Eckhart Knab, der sich als Zweitgutachter meiner Arbeit angenommen hat und mich zuverlässig mit wertvollen Ratschlägen begleitete.

Darüber hinaus gilt mein Dank allen Teilnehmern dieser Studie. Ohne die Bereitschaft und engagierte Unterstützung der Ergotherapeuten sowie der Kinder und ihrer Eltern wäre die Durchführung dieser Erhebung nicht möglich gewesen.

Dem PEAP-Team, und hier besonders Prof. Dr. Elke Kraus, bin ich für ihre Unterstützung durch konstruktive Gespräche dankbar. Prof. Dr. Stefan Dietsche war mir bei zahlreichen statistischen und methodischen Fragen eine große Hilfe. Astrid Baumgarten, Isabella Dauer, Isabell Kost, Claudia Merklein de Freitas, Uli Weise und Connie Zillhardt danke ich für das kritische Korrekturlesen meiner Arbeit. Bei Frank Summa bedanke ich mich für seinen Beitrag bei der Formatierung und bei Dietlinde Cross für die Unterstützung bei der Transkription.

Mein besonderer Dank gilt meiner Familie sowie meinen Freunden. Ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre Aufmunterungen waren mir während der Höhen und Tiefen meiner Promotionszeit eine wertvolle Hilfe.

## Kurzfassung

---

**Zielsetzung:** Die Ziele dieser Arbeit umfassen die Überprüfung der Interrater-Reliabilität des klientenzentrierten, ergotherapeutischen Assessments für Kinder im Vor- und Grundschulalter (5;0 bis 6;11 Jahre), das Pädiatrisch-Ergotherapeutische Assessment- und Prozessinstrument (PEAP) sowie die Darstellung der therapeutischen Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung mit anschließenden Empfehlungen für mögliche Anpassungen dieses Instrumentes um eine Etablierung der Klientenzentrierung und Betätigungsbasierung im ergotherapeutischen Prozess zu unterstützen.

**Hintergrund:** Im Zuge der internationalen wie nationalen Erkenntnis, welchen Stellenwert das klientenzentrierte und betätigungsbasierte Vorgehen für Ergotherapeuten hat, wurde das PEAP entwickelt. Es soll dazu beitragen, die betätigungsbasierte und klientenzentrierte Ergotherapie mit Kindern in Deutschland zu verankern, die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zu erfassen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Grundlage der ICF zu unterstützen. Um eine Etablierung des Assessments zu erreichen, muss es den psychometrischen Gütekriterien entsprechen.

**Methode:** Zehn PEAP-geschulte Ergotherapeuten geben die Gesamtbewertung für die 15 Betätigungsfelder bei drei PEAP-Assessments ab. Die Assessments werden anhand von Videoaufnahmen bewertet. Der Studie liegt ein *mixed-method*-Design zugrunde. Quantitativ wird die Interrater-Reliabilität mit dem Konkordanzkoeffizienten nach Kendall (KCC) berechnet. Qualitativ wird die Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung durch die Therapeuten mit der interpretativen phänomenologischen Analyse, der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse und der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

**Ergebnisse:** Die Interrater-Reliabilität ist bei acht Betätigungsfeldern exzellent bis sehr gut (KCC=0.95 bis 0.83), während sieben Betätigungsfelder die Grenze von 0.70 nicht überschreiten. Für diese sieben Betätigungsfelder liegt keine ausreichende Beurteilungsübereinstimmung vor. Die Betätigungsfelder mit hoher und geringer Konkordanz zeigen unterschiedliche Merkmale, die Rückschlüsse auf den Grad der Beurteilungsübereinstimmung zulassen. Die therapeutische Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung erfolgt in zwei Schritten. Dieses Vorgehen zeigt sich bei allen Therapeuten. Zudem wird das Vorgehen bei der Gesamtbewertung von der Berufserfahrung und der Erfahrung mit dem Einsatz des PEAP beeinflusst.

**Schlussfolgerung:** Das PEAP-Assessment stellt in Teilen ein reliables Instrument zur Erhebung von Betätigungsschwierigkeiten bei Kindern dar. Die Entscheidungsfindung zeigt auf, welche Kompetenzen Therapeuten benötigen, um ein klientenzentriertes und betätigungsbasiertes

Assessment mit Kindern durchzuführen und zu bewerten. Verschiedene Anpassungen sind notwendig, um diesen Prozess zu erleichtern.

**Schlüsselbegriffe:** Ergotherapie, Interrater-Reliabilität; Pädiatrisch-Ergotherapeutisches Assessment- und Prozessinstrument, Klientenzentrierung, Betätigung

# INHALTSVERZEICHNIS

KURZFASSUNG .....	VI
ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....	XI
TABELLENVERZEICHNIS .....	XII
ANLAGEVERZEICHNIS .....	XVI
INHALTSVERZEICHNIS ZUM DVD-ANLAGEBAND .....	XVII
<b>1</b>	<b>EINLEITUNG ..... 17</b>
<b>1.1</b>	<b>Theoretischer Zugang ..... 17</b>
<b>1.2</b>	<b>Zielsetzung der Arbeit und Vorgehensweise..... 20</b>
<b>1.3</b>	<b>Aufbau und Struktur der Arbeit ..... 22</b>
<b>2</b>	<b>DAS KONSTRUKT KINDHEIT ..... 26</b>
<b>2.1</b>	<b>Historische Entwicklung in Westeuropa ..... 26</b>
<b>2.2</b>	<b>Aktuelle gesellschaftliche Perspektive auf Kindheit ..... 31</b>
<b>2.3</b>	<b>Vorherrschende Entwicklungstheorien ..... 33</b>
<b>2.4</b>	<b>Einteilung der Lebensphasen ..... 35</b>
2.4.1	Chronologisch ..... 35
2.4.2	Rechtlich..... 35
2.4.3	Das Konzept der Entwicklungsaufgaben..... 36
<b>2.5</b>	<b>Zusammenfassung ..... 39</b>
<b>3</b>	<b>GESUNDHEIT UND KRANKHEIT IM MITTLEREN KINDESALTER ..... 40</b>
<b>3.1</b>	<b>Gesundheitssituation von Kindern in Deutschland ..... 40</b>
3.1.1	Chronische Erkrankungen im mittleren Kindesalter ..... 41
3.1.2	Versorgungssituation durch Ergotherapie bei Kindern ..... 43
<b>3.2</b>	<b>Gesellschaftliche Perspektive auf Gesundheit und Krankheit..... 45</b>
<b>3.3</b>	<b>Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit . 48</b>
3.3.1	Aufbau der ICF ..... 49
3.3.2	Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen..... 56
<b>3.4</b>	<b>Die ICF in Bezug zur Ergotherapie..... 58</b>
<b>3.5</b>	<b>Zusammenfassung ..... 60</b>
<b>4</b>	<b>ERGOTHERAPEUTISCHE PERSPEKTIVE ..... 61</b>
<b>4.1</b>	<b>Paradigmen der Ergotherapie ..... 64</b>
4.1.1	Entwicklung in den anglophonen Ländern ..... 65
4.1.2	Entwicklung der ergotherapeutischen Disziplin in Deutschland ..... 69
<b>4.2</b>	<b>Ergotherapie in der Pädiatrie..... 71</b>
<b>4.3</b>	<b>Hauptelemente der Ergotherapie ..... 72</b>
4.3.1	Occupation/Betätigung..... 74
4.3.2	Umwelt..... 80
4.3.3	Person ..... 85
4.3.4	Therapeut..... 88
<b>4.4</b>	<b>Zusammenfassung ..... 91</b>
<b>5</b>	<b>ERGOTHERAPEUTISCHE MODELLE ..... 92</b>

<b>5.1</b>	<b>Inhaltsmodelle der Ergotherapie .....</b>	<b>92</b>
5.1.1	Das Person-Environment-Occupation Model .....	93
5.1.2	Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement.....	96
<b>5.2</b>	<b>Zusammenfassung: .....</b>	<b>100</b>
<b>6</b>	<b>BEFUNDERHEBUNG IN DER ERGOTHERAPIE IM MITTLEREN KINDESALTER .....</b>	<b>101</b>
<b>6.1</b>	<b>Definition des Gegenstandsbereiches .....</b>	<b>102</b>
<b>6.2</b>	<b>Therapeutisch relevante Aspekte bei der Befunderhebung.....</b>	<b>106</b>
6.2.1	Professional reasoning.....	106
6.2.2	Klientenzentrierung .....	111
6.2.3	Gesprächsführung mit Kindern .....	114
<b>6.3</b>	<b>Beschreibung der psychometrischen Gütekriterien .....</b>	<b>119</b>
6.3.1	Validität.....	120
6.3.2	Reliabilität .....	120
6.3.3	Objektivität .....	121
6.3.4	Praktikabilität.....	121
<b>6.4</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>122</b>
<b>7</b>	<b>DAS PÄDIATRISCH ERGOTHERAPEUTISCHE ASSESSMENT- UND PROZESSINSTRUMENT .....</b>	<b>124</b>
<b>7.1</b>	<b>Beschreibung des PEAP .....</b>	<b>125</b>
7.1.1	Zielgruppe des PEAP .....	125
7.1.2	Aufbau und Durchführung .....	126
<b>7.2</b>	<b>Abgrenzung des PEAP zu anderen betätigungsorientierten Assessments .....</b>	<b>138</b>
<b>7.3</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>141</b>
<b>8</b>	<b>METHODOLOGIE .....</b>	<b>142</b>
<b>8.1</b>	<b>Untersuchungsleitende Fragestellungen .....</b>	<b>142</b>
<b>8.2</b>	<b>Forschungsdesign.....</b>	<b>147</b>
8.2.1	Interrater-Reliabilitätsstudie.....	150
8.2.2	Think Aloud Methode .....	152
8.2.3	Fragebogen .....	154
<b>8.3</b>	<b>Stichprobe .....</b>	<b>155</b>
8.3.1	Auswahl der Untersuchungsgruppe Therapeuten.....	156
8.3.2	Auswahl der Untersuchungsgruppe Kinder .....	158
<b>8.4</b>	<b>Forschungsverlauf und Durchführung .....</b>	<b>159</b>
<b>8.5</b>	<b>Operationalisierung der Forschungsinstrumente.....</b>	<b>163</b>
8.5.1	Umsetzung der Interrater-Reliabilitätsstudie .....	163
8.5.2	Umsetzung der Think Aloud Methode.....	164
8.5.3	Konzeption des Fragebogens .....	165
<b>8.6</b>	<b>Hinweise zu den Gütekriterien.....</b>	<b>167</b>
8.6.1	Validität in der quantitativen Erhebung .....	167
8.6.2	Reliabilität in der quantitativen Erhebung.....	169
8.6.3	Validität und Reliabilität in der qualitativen Erhebung.....	169
<b>8.7</b>	<b>Darstellung forschungsethischer Aspekte.....</b>	<b>172</b>
<b>8.8</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>177</b>
<b>9</b>	<b>AUSWERTUNG .....</b>	<b>179</b>
<b>9.1</b>	<b>Auswertungsverfahren.....</b>	<b>179</b>
9.1.1	Auswertung der Interrater-Reliabilitätsstudie.....	179

9.1.2	Auswertung der verbal protocols .....	181
9.1.3	Auswertung des Fragebogens.....	189
<b>9.2</b>	<b>Darstellung der Auswertung .....</b>	<b>191</b>
9.2.1	Auswertung mit dem Kendall-Konkordanzkoeffizienten.....	191
9.2.2	Auswertung mit der Interpretativen Phänomenologischen Analyse .....	192
9.2.3	Auswertung mit der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse .....	196
9.2.4	Auswertung mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.....	197
<b>9.3</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>205</b>
<b>10</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>206</b>
<b>10.1</b>	<b>Beschreibung der Stichprobe .....</b>	<b>206</b>
10.1.1	Beschreibung der Untersuchungsgruppe Therapeuten .....	206
10.1.2	Beschreibung der Untersuchungsgruppe Kinder.....	211
<b>10.2</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>213</b>
10.2.1	Ergebnisse aus der Interrater-Reliabilitätsstudie .....	213
10.2.2	Zusammenfassung Ergebnisse Interrater-Reliabilitätsstudie .....	221
10.2.3	Ergebnisse aus der Interpretativen Phänomenologischen Analyse .....	223
10.2.4	Zusammenfassung Ergebnisse Interpretativen Phänomenologischen Analyse .....	238
10.2.5	Ergebnisse zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse & quantitativen Datenanalyse Fragebogen .....	244
10.2.6	Zusammenfassung Ergebnisse zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse.....	259
10.2.7	Ergebnisse inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse & Interrater-Reliabilitätsstudie.....	262
10.2.8	Zusammenfassung Ergebnisse Betätigungsfelder hohe Konkordanz .....	285
10.2.9	Zusammenfassung Ergebnisse Betätigungsfelder niedrige Konkordanz .....	316
10.2.10	Zusammenfassung Ergebnisse inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse & Interrater-Reliabilitätsstudie.....	321
<b>11</b>	<b>DISKUSSION UND EINORDNUNG DER ERGEBNISSE .....</b>	<b>330</b>
<b>11.1</b>	<b>Bewertungsübereinstimmung .....</b>	<b>330</b>
11.1.1	Perspektiven und Begründungen.....	335
11.1.2	Anforderungen und Vorgehen bei der Gesamtbewertung.....	336
<b>11.2</b>	<b>Merkmale der Entscheidungsfindung.....</b>	<b>338</b>
<b>11.3</b>	<b>Hypothesen zur Entscheidungsfindung .....</b>	<b>346</b>
<b>11.4</b>	<b>Diskussion Ergebnisse in Bezug auf Forschungsfragen .....</b>	<b>352</b>
<b>11.5</b>	<b>Methodische Diskussion .....</b>	<b>357</b>
11.5.1	Mixed-methods-Studie .....	357
11.5.2	Gütekriterien.....	358
11.5.3	Datenerhebung und Auswertung .....	359
11.5.4	Stichprobe .....	360
<b>11.6</b>	<b>Gesamtfazit .....</b>	<b>363</b>
<b>11.7</b>	<b>Schlussbetrachtung/Ausblick.....</b>	<b>366</b>
<b>LITERATUR .....</b>		<b>371</b>
<b>ANLAGEN .....</b>		<b>408</b>

# Abbildungsverzeichnis

---

Abbildung 1:	Einteilung von Entwicklungsmodellen .....	34
Abbildung 2:	Veränderung der Lebenslauf Architektur .....	36
Abbildung 3:	Darstellung Versorgungsbedarf von Kindern .....	46
Abbildung 4:	Darstellung des Modells der ICF .....	50
Abbildung 5:	Darstellung des ökologischen Modells mit der Verknüpfung des CMOP-E .....	63
Abbildung 6:	Gegenüberstellung top-down- & bottom-up-Ansatz .....	67
Abbildung 7:	Darstellung der Grundannahmen von Betätigung .....	77
Abbildung 8:	Vereinfachte Darstellung der Terminologie und ihrer Zusammenhänge .....	78
Abbildung 9:	Canadian Model of Client-Centred Enablement & generic enablement skills .....	89
Abbildung 10:	Darstellung des PEO-Modells .....	96
Abbildung 11:	Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement .....	97
Abbildung 12:	Darstellung der Reasoningformen .....	107
Abbildung 13:	The two-body-practice .....	109
Abbildung 14:	Zusammenspiel der professional Resoning Formen .....	111
Abbildung 15:	Exemplarische Darstellung einer PEAP-Karte .....	128
Abbildung 16:	Überblick Gesamtbewertung Betätigungsfelder .....	133
Abbildung 17:	Methodisches Vorgehen beim convergent parallel design .....	149
Abbildung 18:	Überblick Forschungsdesign .....	150
Abbildung 19:	Ablaufmodell zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse .....	190
Abbildung 20:	Auswertung in Anlehnung an zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse .....	190
Abbildung 21:	Analyseschritte IPA .....	192
Abbildung 22:	Verteilung Berufserfahrung Rater .....	208
Abbildung 23:	Darstellung Hauptaspekte für Entscheidungsfindung Therapeuten .....	225
Abbildung 24:	Einschätzung Gesamtbewertung Fall 1 .....	244
Abbildung 25:	Einschätzung Gesamtbewertung Fall 2 .....	245
Abbildung 26:	Einschätzung Gesamtbewertung Fall 3 .....	246
Abbildung 27:	Kategoriensystem Ergebnisse Fragebogen .....	248
Abbildung 28:	Anzahl unterstützender Verhaltensweisen Therapeut .....	249
Abbildung 29:	Anzahl hemmender Verhaltensweisen Therapeut .....	249
Abbildung 30:	Anzahl unterstützende Verhaltensweisen Kind .....	253
Abbildung 31:	Anzahl hemmender Verhaltensweisen Kind .....	253
Abbildung 32:	Anzahl Einflussfaktoren offenes Interview .....	258
Abbildung 33:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 3 .....	263
Abbildung 34:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 4 .....	270
Abbildung 35:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 12 .....	276
Abbildung 36:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 13 .....	281
Abbildung 37:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 6 .....	292
Abbildung 38:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 8 .....	298
Abbildung 39:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 9 .....	305
Abbildung 40:	Verteilung und Häufigkeit Codings BF 11 .....	311

# Tabellenverzeichnis

---

Tabelle 1:	"OPIA-Kind" versus "CAMP-Kind" .....	30
Tabelle 2:	Darstellung der verschiedenen Ebenen der ICF .....	51
Tabelle 3:	Beispiel der b-Klassifikation der ICF.....	51
Tabelle 4:	Beispiel der s-Klassifikation der ICF .....	52
Tabelle 5:	Beispiel der d-Klassifikation der ICF.....	53
Tabelle 6:	Beurteilungsmerkmale der Leistungsfähigkeit und Leistung .....	54
Tabelle 7:	Beispiel der e-Klassifikation der ICF.....	55
Tabelle 8:	Arten der ergotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten .....	68
Tabelle 9:	Übersetzung des Taxonomic Code für Occupational Performance.....	75
Tabelle 10:	Prinzipien zur Umsetzung der therapeutischen Fertigkeiten.....	90
Tabelle 11:	Messphasen der top-down-Befunderhebung in Bezug zum PEAP.....	105
Tabelle 12:	Darstellung der verschiedenen Reasoning-Formen innerhalb der Ergotherapie.....	108
Tabelle 13:	Gegenüberstellung Präoperationale und konkret-operationale Phase .....	114
Tabelle 14:	Auszug aus dem Betätigungsprofil .....	127
Tabelle 15:	Legende zur Bewertungsskala des Problems .....	130
Tabelle 16:	Auszug Bogen 2-1 zur Darstellung Bewertung Klientengruppe.....	131
Tabelle 17:	Legende zur Bewertungsskala der Wichtigkeit .....	131
Tabelle 18:	PEAP-Bewertungsraster für Gesamtbewertung .....	134
Tabelle 19:	Auszug Zusammenfassung Bewertungsraster.....	134
Tabelle 20:	Auszug Bogen 2-1 zur Darstellung Gesamtbewertung Therapeut .....	135
Tabelle 21:	Auszug Formular Zielformulierung .....	137
Tabelle 22:	Zeitlicher Ablauf der Erhebung.....	161
Tabelle 23:	Übersicht Forschungsverlauf .....	162
Tabelle 24:	Ethische Standards bei Forschung und Entwicklung .....	173
Tabelle 25:	Konkordanzkoeffizientwert .....	180
Tabelle 26:	Kernelemente IPA in Bezug zur Studie .....	183
Tabelle 27:	Ablauf der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse.....	186
Tabelle 28:	Umrechnungstabelle Gesamtbewertung Problem.....	191
Tabelle 29:	Umrechnungstabelle Gesamtbewertung Wichtigkeit .....	191
Tabelle 30:	Exemplarische Darstellung Auswertung IPA Schritt 2 .....	193
Tabelle 31:	Exemplarische Darstellung Auswertung IPA Schritt 3 .....	194
Tabelle 32:	Exemplarische Darstellung Auswertung Schritt 4 IPA .....	195
Tabelle 33:	Entwicklung der Hauptkategorien aus dem Fragebogen .....	197
Tabelle 34:	Anzahl Rater verbal protocols .....	198
Tabelle 35:	Hauptkategorie 1 BF hohe Übereinstimmung.....	199
Tabelle 36:	Hauptkategorie 2 BF hohe Übereinstimmung.....	201
Tabelle 37:	Hauptkategorie 3 BF hohe Übereinstimmung.....	202
Tabelle 38:	Hauptkategorie 4 & 5 BF hohe Übereinstimmung .....	203
Tabelle 39:	Überblick Forschungsdesign & Auswertung.....	205
Tabelle 40:	Darstellung Untersuchungsgruppe Videoteilnehmer (Therapeuten) .....	206
Tabelle 41:	Darstellung Untersuchungsgruppe Rater .....	209
Tabelle 42:	Praktische Erfahrungen und Berufserfahrungen Rater .....	209
Tabelle 43:	Darstellung sample IPA-Auswertung.....	211



Tabelle 44:	Überblick Untersuchungsgruppe Kinder .....	212
Tabelle 45:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 1.....	215
Tabelle 46:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 1.....	215
Tabelle 47:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 1.....	215
Tabelle 48:	Bewertung Rater Fall Merle BF 1.....	215
Tabelle 49:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 1 .....	216
Tabelle 50:	Bewertung Rater Fall Luis BF 1 .....	216
Tabelle 51:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 1.....	216
Tabelle 52:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 6.....	217
Tabelle 53:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 6.....	217
Tabelle 54:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 6.....	218
Tabelle 55:	Bewertung Rater Fall Merle BF 6.....	218
Tabelle 56:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 6 .....	218
Tabelle 57:	Bewertung Rater Fall Luis BF 6 .....	218
Tabelle 58:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 6.....	219
Tabelle 59:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 11.....	219
Tabelle 60:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 11.....	220
Tabelle 61:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 11.....	220
Tabelle 62:	Bewertung Rater Fall Merle BF 11.....	220
Tabelle 63:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 11 .....	220
Tabelle 64:	Bewertung Rater Fall Luis BF 11 .....	221
Tabelle 65:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 11.....	221
Tabelle 66:	Zusammenfassung quantitative Daten.....	222
Tabelle 67:	Gegenüberstellung Betätigungsfelder hohe und niedrige Konkordanz.....	223
Tabelle 68:	Zusammenhang zwischen Erfahrung und Vorgehen bei der Bewertung.....	238
Tabelle 69:	Reasoning-Formen im Bewertungsprozess .....	240
Tabelle 70:	Subkategorien unterstützende Aspekte Therapeut .....	250
Tabelle 71:	Subkategorie Hemmende Aspekte Therapeut .....	251
Tabelle 72:	Subkategorien unterstützende Aspekte Kind.....	254
Tabelle 73:	Subkategorien hemmende Aspekte Kind .....	255
Tabelle 74:	Subkategorie unterstützende Umweltfaktoren .....	256
Tabelle 75:	Subkategorie hemmende Umweltfaktoren.....	257
Tabelle 76:	Subkategorie hilfreiche Aspekte offenes Interview .....	258
Tabelle 77:	Subkategorie einschränkende Aspekte offenes Interview .....	259
Tabelle 78:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 3 .....	262
Tabelle 79:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 4 .....	269
Tabelle 80:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 12 .....	275
Tabelle 81:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 13 .....	280
Tabelle 82:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 6 .....	291
Tabelle 83:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 8 .....	297
Tabelle 84:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 9 .....	304
Tabelle 85:	Gesamtbewertung Klientengruppe BF 11 .....	310
Tabelle 86:	Überblick Bewertung Betätigungsfelder hohe Konkordanz .....	322
Tabelle 87:	Überblick Bewertung Betätigungsfelder niedrige Konkordanz .....	324
Tabelle 88:	Gegenüberstellung Kendalls W Strebel & Spielbichler.....	331
Tabelle 89:	Gegenüberstellung Ergebnisse Betätigungsfelder hohe & geringe Konkordanz .....	334

Tabelle 90:	Gegenüberstellung Merkmale Betätigungsfelder hohe & niedrige Konkordanz .....	353
Tabelle 91:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 2 .....	448
Tabelle 92:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 2 .....	448
Tabelle 93:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 2 .....	449
Tabelle 94:	Bewertung Rater Fall Merle BF 2 .....	449
Tabelle 95:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 2 .....	449
Tabelle 96:	Bewertung Rater Fall Luis BF 2 .....	450
Tabelle 97:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 2 .....	450
Tabelle 98:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 3 .....	451
Tabelle 99:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 3 .....	451
Tabelle 100:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 3 .....	451
Tabelle 101:	Bewertung Rater Fall Merle BF 3 .....	451
Tabelle 102:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 3 .....	452
Tabelle 103:	Bewertung Rater Fall Luis BF 3 .....	452
Tabelle 104:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 3 .....	452
Tabelle 105:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 4 .....	453
Tabelle 106:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 4 .....	453
Tabelle 107:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 4 .....	454
Tabelle 108:	Bewertung Rater Fall Merle BF 4 .....	454
Tabelle 109:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 4 .....	454
Tabelle 110:	Bewertung Rater Fall Luis BF 4 .....	454
Tabelle 111:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 4 .....	455
Tabelle 112:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 5 .....	456
Tabelle 113:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 5 .....	456
Tabelle 114:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 5 .....	456
Tabelle 115:	Bewertung Rater Fall Merle BF 5 .....	456
Tabelle 116:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 5 .....	457
Tabelle 117:	Bewertung Rater Fall Luis BF 5 .....	457
Tabelle 118:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 5 .....	457
Tabelle 119:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 7 .....	458
Tabelle 120:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 7 .....	458
Tabelle 121:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 7 .....	459
Tabelle 122:	Bewertung Rater Fall Merle BF 7 .....	459
Tabelle 123:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 7 .....	459
Tabelle 124:	Bewertung Rater Fall Luis BF 7 .....	459
Tabelle 125:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 7 .....	460
Tabelle 126:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 8 .....	460
Tabelle 127:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 8 .....	461
Tabelle 128:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 8 .....	461
Tabelle 129:	Bewertung Rater Fall Merle BF 9 .....	461
Tabelle 130:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 9 .....	462
Tabelle 131:	Bewertung Rater Fall Luis BF 8 .....	462
Tabelle 132:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 8 .....	462
Tabelle 133:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 9 .....	463
Tabelle 134:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 9 .....	463
Tabelle 135:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 9 .....	463

Tabelle 136:	Bewertung Rater Fall Merle BF 9 .....	464
Tabelle 137:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 9 .....	464
Tabelle 138:	Bewertung Rater Fall Luis BF 9 .....	464
Tabelle 139:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 9 .....	465
Tabelle 140:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 10 .....	465
Tabelle 141:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 10 .....	465
Tabelle 142:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 10 .....	466
Tabelle 143:	Bewertung Rater Fall Merle BF 10 .....	466
Tabelle 144:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 9 .....	466
Tabelle 145:	Bewertung Rater Fall Luis BF 10 .....	467
Tabelle 146:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 10 .....	467
Tabelle 147:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 12 .....	468
Tabelle 148:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 12 .....	468
Tabelle 149:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 12 .....	468
Tabelle 150:	Bewertung Rater Fall Merle BF 12 .....	468
Tabelle 151:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 12 .....	469
Tabelle 152:	Bewertung Rater Fall Luis BF 12 .....	469
Tabelle 153:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 12 .....	469
Tabelle 154:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 13 .....	470
Tabelle 155:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 13 .....	470
Tabelle 156:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 13 .....	471
Tabelle 157:	Bewertung Rater Fall Merle BF 13 .....	471
Tabelle 158:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 13 .....	471
Tabelle 159:	Bewertung Rater Fall Luis BF 13 .....	471
Tabelle 160:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 13 .....	472
Tabelle 161:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 14 .....	472
Tabelle 162:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 14 .....	473
Tabelle 163:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 14 .....	473
Tabelle 164:	Bewertung Rater Fall Merle BF 14 .....	473
Tabelle 165:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 14 .....	473
Tabelle 166:	Bewertung Rater Fall Luis BF 14 .....	474
Tabelle 167:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 14 .....	474
Tabelle 168:	Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 15 .....	475
Tabelle 169:	Bewertung Rater Fall Hamid BF 15 .....	475
Tabelle 170:	Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 15 .....	475
Tabelle 171:	Bewertung Rater Fall Merle BF 15 .....	476
Tabelle 172:	Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 15 .....	476
Tabelle 173:	Bewertung Rater Fall Luis BF 15 .....	476
Tabelle 174:	Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 15 .....	477

# Anlageverzeichnis

---

Anlage 1:	Stammdatenbogen .....	408
Anlage 2:	Bewertung der 15 Betätigungsfelder Kind .....	409
Anlage 3:	Auszug Bewertung der 15 Betätigungsfelder Eltern .....	413
Anlage 4:	Auszug Bewertung der 15 Betätigungsfelder Erzieher/Lehrer .....	414
Anlage 5:	PEAP-Teich .....	415
Anlage 6:	Anschreiben 1 zur Teilnehmerrekrutierung .....	416
Anlage 7:	Anschreiben 2 zur Teilnehmerrekrutierung .....	418
Anlage 8:	Anschreiben Einschlusskriterien Studienteilnehmer .....	420
Anlage 9:	Anschreiben Homeschulung .....	422
Anlage 10:	Rückmeldebogen Pilotstudie .....	423
Anlage 11:	Rückmeldung Pilotstudie .....	425
Anlage 12:	Anschreiben Teilnahme PEAP-Studie Video .....	426
Anlage 13:	Anschreiben Video Eltern .....	429
Anlage 14:	Anschreiben Teilnahme PEAP-Studie Rater .....	434
Anlage 15:	Einführung in die Think Aloud Methode Rater .....	437
Anlage 16:	Aufforderung zur Durchführung der Think Aloud Methode Rater .....	439
Anlage 17:	Fragebogen .....	440
Anlage 18:	Fall 1 Ratings kodiert .....	445
Anlage 19:	Fall 2 Ratings kodiert .....	446
Anlage 20:	Fall 3 Ratings kodiert .....	447
Anlage 21:	Darstellung Ergebnisse Inter-Rater Reliabilitätsstudie .....	448
Anlage 22:	Transkriptionsregeln .....	478
Anlage 23:	Darstellung Auswertung IPA .....	479

# Inhaltsverzeichnis zum DVD-Anlageband

---

## **A) Dokumente zum Fragebogen**

**siehe DVD**

A.1 Auswertung Fragebogen Fall A

A.2 Auswertung Fragebogen Fall B

A.3 Auswertung Fragebogen Fall C

A.4 Auswertungstabelle Kategoriensystem aus dem Fragebogen

## **B) Interpretative Phänomenologische Analyse**

**siehe DVD**

B.1 Teilnehmer A Analyse IPA

B.1.1 Transkripte Teilnehmer A

B.1.2 Datenanalyse IPA

B.1.3 IPA Schritt 3

B.1.4 IPA Schritt 4

B.2 Teilnehmer F Analyse IPA

B.2.1 Transkripte Teilnehmer F

B.2.2 Datenanalyse IPA

B.3 Teilnehmer H Analyse IPA

B.3.1 Transkripte Teilnehmer H

B.3.2 Datenanalyse IPA

B.4 Teilnehmer J Analyse IPA

B.4.1 Transkripte Teilnehmer J

B.4.2 Datenanalyse IPA

B.4.3 IPA Schritt 3

B.4.4 IPA Schritt 4

## **C) Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse**

**siehe DVD**

C.1 Betätigungsfelder hohe Konkordanz

C.1.1 Betätigungsfeld 3

C.1.2 Betätigungsfeld 4

C.1.3 Betätigungsfeld 12

C.1.4 Betätigungsfeld 13

C.1.5 Codesystem hohe Konkordanz

C.2 Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

C.2.1 Betätigungsfeld 6

C.2.2 Betätigungsfeld 8

C.2.3 Betätigungsfeld 9

C.2.4 Betätigungsfeld 11

# EINLEITUNG

# 1 Einleitung

---

## 1.1 Theoretischer Zugang

Die Disziplin der Ergotherapie unterliegt in Deutschland einem Paradigmenwechsel. Die jahrzehntelang dominierende reduktionistische Sichtweise mit dem Fokus auf der Verbesserung von Körperfunktionen wird von einer holistischen Perspektive mit dem Ziel einer gesteigerten Betätigungsausführung und Partizipation abgelöst (Beyermann 2001; Winkelmann 2009). Laut Fisher (2014), haben vielfältige Studien gezeigt, dass Interventionen mit dem Fokus auf einer Verbesserung der Körperfunktionen zeitraubend sind und kaum Evidenz aufweisen, wohingegen Evidenz für betätigungsorientierte Therapie vorliegt (Chen, Tickle-Degnen, Cermak 2003). Um den Forderungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nach einer Umsetzung wirksamer Interventionen und weiteren Wirksamkeitsnachweisen (Kemper, Sauer, Glaeske 2012) zu entsprechen, haben in der deutschen Ergotherapie in den letzten Jahren verstärkt betätigungsorientierte Modelle, Assessments und Behandlungskonzepte aus dem angelsächsischen Raum Einzug gehalten (Becker & Steding-Albrecht 2006; Jerosch-Herold, Marotzki, Hack, Weber 2009). Die Umsetzung dieser theoretischen Konstrukte stellt jedoch die Disziplin vor Herausforderungen, was eine Lücke zwischen Theorie und Praxisimplementierung zur Folge hat (Merklein de Freitas 2013). Die hier vorliegende Arbeit trägt dazu bei, den Theorie-Praxis Transfer auf der Ebene der betätigungsorientierten Befunderhebung zu unterstützen und dadurch den Paradigmenwechsel in der deutschen Ergotherapie zu forcieren.

Sie ist im interdisziplinären Kontext der Rehabilitationswissenschaften mit dem Anwendungsschwerpunkt Ergotherapie angesiedelt. Zentrale Aspekte der Rehabilitationswissenschaften sind das Verständnis der Auswirkungen chronischer Krankheiten und Behinderungen sowie die Unterstützung bei deren Bewältigung (Deutsche Rentenversicherung 2016). Die Rehabilitationswissenschaften sind sowohl im Forschungsbereich als auch in der praktischen Umsetzung durch einen hohen Grad an Interdisziplinarität gekennzeichnet, um den komplexen Fragestellungen zum Thema der Krankheitsfolgen zu begegnen. So arbeiten unter anderem Mediziner verschiedener Fachrichtungen bzw. Psychologen, Pädagogen und Therapeuten in diesem Feld, was „eine Loslösung von starren Berufsrollen, partiell auch die Aufgabe von Hierarchien sowie intensive Kommunikationsprozesse zwischen den verschiedenen Spezialisten [...]“ erfordert (Koch & Buschmann-Steinhage 2004: 268). Auch an der Diagnostik, Therapie und Förderung von Kindern in Deutschland sind zahlreiche Fachleute unterschiedlicher Disziplinen beteiligt (Suchodoletz 2010). Diese Disziplinen entspringen verschiedenen Fachrichtungen mit jeweils fachbezogenen theoretischen Vorannahmen und werfen den Blick mit unterschiedlichen Schwerpunkten auf die Lebenssituation des Kindes. So setzen Therapie und Fürsorge als Unterstützung in temporären oder einmaligen Situationen an; die sozialpädagogische Perspektive bezieht sich auf die Unterstützung der

Lebensbewältigung (vgl. Thiersch 1994) im Hinblick auf den gesamten Lebenslauf (Raithel, Dollinger, Hörmann 2009). Liegt z. B. bei der Ergotherapie der Schwerpunkt auf der medizinisch-therapeutischen Förderung, so setzt die Heilpädagogik auf therapeutisch-pädagogische Fördermaßnahmen (Straßburg 2010) wie u. a. zur psychomotorischen Entwicklungsförderung, die eine Schnittstelle zwischen Therapie und Pädagogik darstellt (Zimmer 2012). Alle beteiligten Berufsgruppen tragen durch ihre unterschiedlichen fachlichen Kompetenzen bzw. Schlüsselqualifikationen zur Unterstützung des kindlichen Entwicklungsprozesses bei.

Diese Unterschiedlichkeiten zeigen die Notwendigkeit verschiedener Disziplinen und Vorgehensweisen, sollten aber nicht über die Gemeinsamkeiten hinwegtäuschen. Das Ziel, die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für Menschen mit Behinderungen, von Behinderungen bedrohten Menschen oder marginalisierten Gruppen, zu unterstützen gilt für unterschiedliche Disziplinen innerhalb der Rehabilitationswissenschaften. Um diesen die Gemeinsamkeit zu erleichtern, bedarf es einer einheitlichen Sprache. Die internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), in der sich das biopsychosoziale Modell von Gesundheit und Krankheit der Ottawa-Charta (WHO 1986) wiederfindet und an der sich der moderne Rehabilitationsbegriff orientiert (Schuntermann 2003), stellt eine Denkstruktur zur Verfügung, die sich begrifflich in viele Disziplinen einbringen lässt. Da die ICF eine Grundlage des untersuchten Forschungsgegenstandes (PEAP-Assessment) darstellt, ist sie in dieser Arbeit das verbindende Element zwischen den unterschiedlichen Disziplinen.

Das Hauptaugenmerk des modernen Rehabilitationsbegriffes liegt auf den „[...] individuellen und sozialen Auswirkungen von (chronischer) Krankheit, Unfall und angeborenem Leid oder des Alterns“ (Koch & Buschmann-Steinhage 2004: 267). Vorhandene Funktionsstörungen sollen zu einer möglichst geringen oder im optimalen Falle zu gar keiner Einschränkung der Lebensumstände führen, sodass die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erhalten bleibt oder wieder erreicht wird. Um dies zu erlangen, ist ein Ziel der Rehabilitationswissenschaften die Entwicklung effizienter Behandlungsmethoden (Deutsche Rentenversicherung 2016), wobei die Entwicklung und Evaluation von Assessments (Koch & Buschmann-Steinhage 2004) einen Aspekt dieser Zielsetzung darstellt. Assessmentverfahren dienen dazu, den Gesundheitszustand und -verlauf des Klienten zu erfassen, die Dokumentation der Behandlungseffekte zu vereinfachen und deren wissenschaftliche Glaubwürdigkeit zu erhöhen sowie die professionelle Kommunikation zu erleichtern (Biefang & Schuntermann 2000). Gesundheit, im Verständnis der WHO (1986), ist neben Wohlstand, Bildung,



Freiheit, Religion und Kultur ein Aspekt, der zur allgemeinen Lebensqualität<sup>1</sup> beiträgt, die in den letzten Jahrzehnten verstärkt als ein individuumsbezogenes Konzept aufgefasst wird (Schumacher, Klaiberg, Brähler 2003). Besonders die gesundheitsbezogene Lebensqualität, ein subjektives psychologisches Konstrukt, das den Gesundheitszustand aus der Perspektive des Individuums einschätzt, stellt zunehmend ein Evaluationskriterium in der Medizin (Kovács; Kipke, Lutz 2016; Schumacher et al. 2003) dar und wird auch für Kinder und Jugendliche als relevantes Kriterium erachtet (Ellert, Brettschneider, Ravens-Sieberer 2014). Bereits Brodtmann (1996) beschreibt als gesundheitsgefährdende Risikofaktoren für Kinder alle selbstwertmindernden Maßnahmen. Durch diese kann sich ein Könnensoptimismus gar nicht entwickeln. Zudem benennt er alle aufgezwungenen Maßnahmen, die medizinisch-präventiv sinnvoll erscheinen, jedoch das Kind nicht in seinen Interessen ansprechen und somit die gesundheitsbezogene Lebensqualität nicht unterstützen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität spielt somit im Hinblick auf den Gesundheitszustand eine wichtige Rolle, was von verschiedenen Disziplinen der Rehabilitationswissenschaften aufgegriffen wird. Die Psychomotorik sieht ihre Aufgabe darin, „das Kind selbst und in seiner Umwelt stark [zu] machen sowie ihm Basisqualifikationen mitzugeben, ein sinnerfülltes, befriedigendes Leben gestalten zu können [...]“ (Quante & Liebisch 2002: 73). Dies stellt eine Grundlage für einen gut entwickelten Kohärenzsinn nach Antonovsky (1979) dar, der wiederum gesundheitsfördernd wirkt. Die Ergotherapie geht davon aus, dass das Ausführen oder Beteiligt sein, an individuell bedeutungsvollen Betätigungen Einfluss hat, auf den Gesundheitszustand einer Person und dadurch die Lebensqualität einer Person mitgestaltet (Christiansen & Townsend 2010; Zilberbrant & Mandich 2005). Die ergotherapeutische Grundannahme ist nicht neu. Sie bezieht sich auf die Feststellung, dass Menschen ihre Gesundheit länger erhalten oder schneller gesunden, wenn sie in für sie bedeutungsvolle Betätigungen involviert sind (Jarman 2010). Im breiten Feld der Rehabilitationswissenschaft ist die Ergotherapie, ebenso wie die Psychomotorik eine Disziplin, die sich mit Menschen mit Behinderungen und/oder benachteiligten Menschen befasst, um eine größtmögliche Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu erreichen, um dadurch ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verbessern bzw. zu erhalten. Die Psychomotorik legt dabei den Schwerpunkt auf die Gesamtpersönlichkeitsentwicklung über sensomotorische Lernprozesse, um die positive Persönlichkeitsentwicklung des Kindes zu unterstützen (Quante & Liebisch 2002; Voelcker-Rehage 2012). Der Fokus der Ergotherapie liegt auf der subjektiv gelungenen Betätigungsausführung von Personen in ihrer Umwelt. „Health depends on people having meaningful

---

<sup>1</sup> Die Begrifflichkeiten Lebensqualität und Wohlbefinden stellen unterschiedliche Konzepte aus verschiedenen Disziplinen dar (Schumacher et al. 2003). Im Rahmen dieser Arbeit werden sie jedoch synonym verwendet.

occupations which provide them with housing, employment, community and enjoyment. Occupation is recognized implicitly as an important determinant of health“ (CAOT 1997: 35).

## 1.2 Zielsetzung der Arbeit und Vorgehensweise

Gegenstandsbereich der Arbeit ist der Zusammenhang zwischen quantitativer Messung von Betätigungsausführung im diagnostischen Rahmen und dem Vorgehen der Therapeuten. Konkret beschäftigt sich die vorgelegte Forschungsarbeit mit einem neuen, für den ergotherapeutischen Bereich konzipierten Assessment und Prozessinstrument, dem Pädiatrisch-Ergotherapeutischen Assessment- und Prozessinstrument (PEAP) (Kraus & Romein 2015). Das PEAP-Assessment dient dazu, die Betätigungsausführung von Kindern auf Grundlage der subjektiven Einschätzung von Kindern, Eltern und Lehrern sowie der Bewertung der Therapeuten zu Beginn und zum Abschluss der ergotherapeutischen Intervention zu erheben und will dadurch zu einer Verbesserung der Qualität in der ergotherapeutischen Befunderhebung und Behandlung beitragen (Kraus & Romein 2015). Die Erhebung verfolgt das Ziel, das PEAP als betätigungsbasiertes und klientenzentriertes Assessment in die ergotherapeutische Befunderhebung zu implementieren und dadurch den Theorie-Praxis Transfer zu vereinfachen und den Paradigmenwechsel zu unterstützen.

Qualitätsentwicklung im sozialen Bereich wird kontrovers diskutiert (Knab & Klein 2006), jedoch gilt der Nachweis der fachlichen und institutionellen Qualität als Notwendigkeit, um die Güte der durchgeführten Interventionen zu überprüfen sowie „[...] das eigene Tun kontinuierlich zu analysieren und eventuelle Verbesserungsmöglichkeiten für interne Arbeitsabläufe zu suchen“ (ebd. 166). Eine Komponente der Qualitätssicherung, die Prozessqualität (vgl. Donabedian 1966), die sich u. a. an der Durchführung diagnostischer Maßnahmen festmachen lässt (Härter, Linster, Stieglitz 2003), ist in der therapeutischen Praxis bereits strukturell verankert. Es gibt eine Vielzahl an Assessments (George 2012), die von den Therapeuten eingesetzt werden. Eine Befragung unter Ergotherapeuten (Flaschel 2009) ergab, dass fast 90 % der Teilnehmenden standardisierte Tests zur Befunderhebung nutzen. Jedoch setzten die Therapeuten überwiegend Tests zur Messung der Körperfunktionen ein. So wird der *Developmental Test of Visual Perception 2. Version* (DTVP-2) (vgl. Hammill, Pearson, Voress 1993) als funktionsorientiertes Assessment bei einem fiktiven Fallbeispiel von 65,4 % der Therapeuten eingesetzt, das COPM (Law et al. 2011) als ein betätigungsorientiertes Assessment nur von 22,0 % der befragten Therapeuten. Dies lässt sich als Zeichen für den noch nicht abgeschlossenen Paradigmenwechsel verstehen.

Das PEAP kann durch seine prozessbezogene, klientenzentrierte und betätigungsbasierte Beschreibung einen Beitrag zur strukturellen Vereinheitlichung der ergotherapeutischen Befunderhebung mit Kindern beitragen, sodass sich die Prozessqualität an den Inhalten des aktuellen

ergotherapeutischen Paradigmas orientiert, das eine betätigungsbasierte und klientenzentrierte Ausrichtung der ergotherapeutischen Behandlung anstrebt (DVE 2012). Um diesen Beitrag leisten zu können, muss das PEAP seine Position in der ergotherapeutischen Praxis finden. Aufgrund der schwierigen Ausbildungssituation der Ergotherapeuten in Deutschland, begründet durch die unterschiedliche Zuständigkeit in den jeweiligen Bundesländern, fehlende einheitliche Ausbildungsrichtlinien (Heyden 2013) sowie die vielfältigen Ausbildungs- und Studienbedingungen (Longrée & Junge 2014) starten Ergotherapeuten mit fachlich unterschiedlichen Kenntnissen in das Berufsleben. Um sie bei der Umsetzung klientenzentrierter Assessments zu unterstützen, geht dieses Forschungsvorgehen der Frage nach, was PEAP-geschulte Ergotherapeuten während der Erfassungsphase des PEAP in ihrer Einschätzung bezüglich der Betätigungsausführung der befragten Klienten leitet. Die Beschreibung der Ergotherapeuten bei der Entscheidungsfindung zeigt auf, was diese bei der Bewertung eines klientenzentrierten Assessments leisten. Zudem werden in der Erhebung hilfreiche und hemmende Aspekte bei der Gesamtbewertung erfasst. Zu wissen, wie geschulte PEAP-Therapeuten bei der Gesamtbewertung vorgehen bzw. schwierige und fördernde Aspekte zu erkennen, bietet die Möglichkeit, Vorschläge für weitere PEAP-Schulungen und Anpassungen des Instrumentes abzuleiten.

Die Ergebnisqualität (vgl. Donabedian 1966), eine weitere Komponente der Qualitätssicherung, beschreibt das Ausmaß an Kongruenz zwischen dem Soll-Zustand (Behandlungsziel) und dem Ist-Zustand (Behandlungsergebnis) (Härter et al. 2003). Standardisierte *Outcome Assessments* können die Veränderungen abbilden und somit die Wirksamkeit und Effizienz ergotherapeutischer Maßnahmen überprüfen. Die subjektiv erlebte Betätigungsausführung ist zentrales Element des PEAP. Sie misst die Ausführung von Betätigung, die je nach kultureller Sozialisation variiert (Davis & Polatajko 2006; Kielhofner 2008), weshalb die Übersetzung von Assessments aus dem englischsprachigen Raum kritisch gesehen werden muss. Bis zur Veröffentlichung des PEAP im Jahr 2015 gab es kein ergotherapeutisches Erhebungsinstrument, das die Betätigungsperformanz von Kindern für das Alter von 5;0 bis 8;11 Jahren in Deutschland in den Mittelpunkt der Erhebung stellte (Kraus & Romein 2015). Das PEAP-Assessment kann als *Outcome Assessment* subjektive Veränderungen auf der Betätigungsebene abbilden und dadurch als Instrument für Wirksamkeitsstudien oder zur Evaluation des individuellen Behandlungsverlaufs herangezogen werden, was zu einer Steigerung der Ergebnisqualität beiträgt. Dafür muss das Instrument jedoch den psychometrischen Gütekriterien entsprechen (Bullinger 2016). Bisher liegen für das PEAP diesbezüglich keine Daten vor. Die gegenständliche Forschungsarbeit behandelt die Fragestellung, inwieweit die Gesamtbewertung von geschulten Ergotherapeuten bei der Einstufung der 15 Betätigungsfelder des PEAP-Assessments auf Basis der Klientenbewertung mit einem Teilbereich der psychometrischen Gütekriterien übereinstimmt: der Interrater-Reliabilität. Um nicht nur die

Bewertungsübereinstimmung quantitativ zu erheben, sondern auch zu verstehen, warum es in manchen Betätigungsfeldern zu hoher, in anderen aber zu niedriger Konkordanz kommt, geht die Erhebung der Frage nach, wie sich das Bewertungsverhalten der Therapeuten bei Betätigungsfeldern mit hoher bzw. niedriger Übereinstimmung in der Gesamtbewertung gestaltet. Hier wird deutlich, dass das Bewertungsverhalten von verschiedenen Merkmalen beeinflusst wird, die Anhaltspunkte für die Interrater-Reliabilität der Betätigungsfelder geben.

Die Zielsetzung dieser Arbeit liegt somit in der Überprüfung der Interrater-Reliabilität und in einem Erkenntnisgewinn über die therapeutische Entscheidungsfindung bei einem klientenzentrierten Assessment (PEAP) mit abschließenden Empfehlungen für mögliche Anpassungen. Die Anpassungen sollen dazu beitragen, den Therapeuten die betätigungsorientierte und klientenzentrierte Befunderhebung zu erleichtern und dadurch den Theorie-Praxis Transfer unterstützen.

Die Beantwortung der Fragestellungen erfordert eine qualitative und quantitative Erhebung sowie Auswertung mit abschließender gemeinsamer Interpretation. Das methodische Vorgehen lässt sich als *mixed-methods study* (Creswell 2014; Creswell & Plano Clark 2011; Kroll & Neri 2009; Tashakkori & Creswell, 2007) bezeichnen. Ein Vorteil dieses Vorgehens ist, dass der Forscher durch die methodische Triangulation (Flick 2012) von quantitativen und qualitativen Daten ein besseres Verständnis für den Gegenstandsbereich erzielt, da qualitative und quantitative Methoden zur gegenseitigen Ergänzung herangezogen werden können (Fielding & Fielding 1986; Kelle & Erzberger 2000). Die hier durchgeführte Forschung zeigt auf, wie sich quantitative und qualitative Daten ergänzen und dadurch ein tieferes Verständnis von der vorhandenen oder fehlenden Beurteilungsübereinstimmung geschaffen wird. Eine quantitative Befragung ist besonders dann sinnvoll, wenn es sich, um das Erfassen von objektiven Ereignissen und Phänomenen handelt, wie hier bei der Beurteilungsübereinstimmung zwischen verschiedenen Therapeuten. Die subjektive Bewertung der Ereignisse, wie die Therapeuten ihre Entscheidung begründen, lässt sich mit qualitativen Verfahren vornehmen, wodurch eine fruchtbare methodische Komplementarität entsteht, die die verschiedenen Aspekte eines Gegenstandsbereiches berücksichtigt (Prein, Kelle, Kluge 1993).

### **1.3 Aufbau und Struktur der Arbeit**

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in drei Teilbereiche (I bis III): den theoretischen Hintergrund (Kapitel 2 bis 7), den empirischen Teil (Kapitel 8 bis 10) sowie die Diskussion und den Ausblick (Kapitel 11).

Kapitel 2 bildet mit der Auseinandersetzung und der Einordnung von Kindheit aus historischer und gesellschaftlicher Perspektive hin zur Betrachtung vorherrschender Entwicklungstheorien und der

Einteilung der Lebensphasen den Ausgangspunkt der theoretischen Grundlagen. Das in Deutschland vorherrschende Verständnis von Kindheit spiegelt sich in den Entwicklungstheorien wider und hat Auswirkungen auf die Lebensphase Kindheit. Ein besonderes Augenmerk liegt hier auf der Betrachtung des Konzeptes der Entwicklungsaufgaben (Havighurst 1982), die eine Möglichkeit zur Operationalisierung der Anforderungen in den verschiedenen Lebensphasen darstellt (Quenzel 2015).

Welches Verhalten von Kindern wann als problematisch wahrgenommen wird, hängt u. a. von der gesellschaftlichen Einschätzung zu Gesundheit und Krankheit ab. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität nimmt bei der Bewertung des Gesundheitszustandes einen immer wichtigeren Stellenwert ein. Daher wird in Kapitel 3 die Gesundheitssituation von Kindern in Deutschland eruiert. Es wird aufgezeigt, welcher Zusammenhang zwischen der „neuen Morbidität“, den chronischen Erkrankungen von Kindern zwischen dem siebten und neunten Lebensjahr bzw. der mittleren Kindheit (Gloger-Tippelt 2011) sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität besteht. Da Kinder in diesem Alter häufig therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen (Waltersbacher 2016), wird die Versorgungssituation durch die Ergotherapie herausgearbeitet. In der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) wird die subjektive und objektive Wahrnehmung von Gesundheit aufgegriffen. Damit bildet sie einen Teil des PEAP-Fundaments und wird zum Abschluss des zweiten Kapitels erläutert; zudem wird ihr Bezug zur Ergotherapie aufgezeigt.

Die Ergotherapie, als eine Teildisziplin der Rehabilitationswissenschaft, wird in Kapitel 4 beschrieben. Die historischen Entwicklungen in den anglophonen Ländern wie auch in Deutschland werden herausgearbeitet, da sie Einfluss auf die aktuellen Veränderungen in der deutschen Ergotherapie haben. In der deutschen Ergotherapie vollzieht sich ein Paradigmenwechsel vom mechanistischen hin zum holistischen Menschenbild (Winkelmann 2009), was eine klientenzentrierte und betätigungsbasierte Ausrichtung im therapeutischen Prozess erfordert (DVE 2012). Die Hauptelemente der Ergotherapie (Betätigung, Umwelt, Person), die das therapeutische Handeln im angestrebten Paradigma kennzeichnen, werden konkretisiert. Der Fokus liegt auf den ergotherapeutischen Fertigkeiten, die benötigt werden, um mit den Klienten Veränderungen auf Betätigungs- und Teilhabeebene zu arbeiten, die auch im Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) zusammengefasst sind (Townsend, Beagan, Kumas-Tan, Versnel et al. 2007). Diese Fertigkeiten sind die Grundlage für den gelungenen Einsatz von klientenzentrierten und betätigungsbasierten Assessments und stellen somit eine Basis für die Anwendung des PEAP dar.

Ergotherapeutische Erklärungsmodelle (disziplinspezifisch als Inhaltsmodelle bezeichnet) bringen Theorien aus verschiedenen Bezugswissenschaften mit dem Fokus auf der Betätigungsnatur des Menschen zusammen. Sie befassen sich damit, wie eine Person in ihrer Umwelt Betätigung ausführt

(Hagedorn 2000a; Kielhofner & Burke 1980; Supyk-Mellson & McKenna 2010). Kapitel 5 zeigt mit der Darstellung der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle, dem Person-Environment-Occupation Model (PEO) (Law, Cooper, Stewart, Letts, Rigby, Strong 1994) und dem Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko 2007) die theoretische Grundlage des PEAP auf. Zudem werden die im vorherigen Kapitel erläuterten Hauptelemente im Hinblick auf die pädiatrische Klientel beschrieben.

Die ergotherapeutische Befunderhebung ist ein Teil des therapeutischen Prozesses. Eine diagnostische Möglichkeit ist der Einsatz von Assessments. Die klientenzentrierte und betätigungsbasierte Perspektive auf Grundlage der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle verändert den Einsatz und die Art von Assessments im diagnostischen Rahmen. In Kapitel 6 wird der Begriff Assessment, wie er in der vorliegenden Arbeit verstanden wird, definiert und das PEAP im therapeutischen Befundungsprozess verortet. Therapeutisch relevante Aspekte bei der Befunderhebung, die in Zusammenhang mit der qualitativen Erhebung stehen, etwa das *professional reasoning* (Feiler 2003 & 2007; Hagedorn 2009; Schell 2003a), die Klientenzentrierung (Sumsion 1999) oder auch die Gesprächsführung mit Kindern (Delfos 2013; Melzer & Methner 2012; Gede & Schmidt 2004), werden beschrieben. Der quantitative Anteil der Studie bezieht sich auf die psychometrischen Gütekriterien des PEAP-Assessments. Die Beschreibung dieser Gütekriterien schließt das Kapitel ab.

Kapitel 7 beschließt mit der Beschreibung des PEAP den theoretischen Teil dieser Arbeit. Das Messinstrument wird mit seinen verschiedenen Werkzeugen und Dokumenten in den unterschiedlichen Phasen betrachtet. Der Schwerpunkt liegt hier auf der Erhebungsphase, da diese im Mittelpunkt der Forschungsarbeit steht. Abschließend findet eine Abgrenzung des PEAP-Assessments zu anderen betätigungsbasierten Assessments statt.

Der zweite Teil der Arbeit bezieht sich auf die Darstellung des empirischen Vorgehens der Untersuchung. In Kapitel 8 werden die untersuchungsleitenden Fragestellungen aufgeworfen und es wird das Forschungsdesign der *mixed-methods study* (Creswell 2014; Creswell & Plano Clark 2011; Kroll & Neri 2009; Tashakkori & Creswell, 2007) erläutert. Die Kombination von quantitativen und qualitativen Daten trägt zu einem besseren Verständnis für den Gegenstandsbereich bei (Kelle & Erzberger 2000). Die Bewertungsübereinstimmung zwischen den Teilnehmern bei der Gesamtbewertung des PEAP-Assessments wird somit nicht nur durch die Interrater-Reliabilitätsstudie, sondern auch mit der *Think Aloud* Methode (Ericsson & Simon 1984; Konrad 2010; Krahmer & Ummelen 2004) erfasst bzw. mittels eines teilstrukturierten Fragebogens erhoben. Das methodische Vorgehen der Datenerhebung wird in diesem Kapitel anhand der Auswahl der

Stichprobe, der Operationalisierung der Forschungsinstrumente, der Darstellung der Gütekriterien sowie der forschungsethischen Aspekte konkretisiert.

Die verschiedenen Auswertungsverfahren der Daten werden in Kapitel 9 beschrieben und lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

- Die Interrater-Reliabilität wird anhand von Kendalls Konkordanzkoeffizient (KCC) (Gwet 2012; Feger 1983) errechnet.
- Die *verbal protocols* werde mittels der Interpretativen Phänomenologischen Analyse (IPA) (Smith 1996; 2011; Smith, Flowers, Larkin 2009) ausgewertet.
- Die quantitativen Ergebnisse des Fragebogens werden mit Microsoft Excel (Version 2010), die qualitativen Ergebnisse mittels der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002) ausgewertet.
- Die aus den Ergebnissen der Interrater-Reliabilitätsstudie resultierende Forschungsfrage wird mit Datenmaterial aus den *verbal protocols* mittels der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014; Schreier 2012) ausgewertet.

Kapitel 10 zeigt die Ergebnisse der verschiedenen Auswertungsstränge auf. Nach jeder ausführlichen Ergebnisdarstellung eines Auswertungsstrangs erfolgt eine kurze Zusammenfassung. Um die Datengrundlage der Ergebnisse aufzuzeigen, findet dabei an dieser Stelle die Beschreibung der Stichprobe statt.

Der dritte Teil der Arbeit bezieht sich auf die Diskussion der Ergebnisse und den Ausblick. In Kapitel 11 wird die Bewertungsübereinstimmung zwischen den Teilnehmern auf quantitativer Ebene (Interrater-Reliabilität) sowie die Übereinstimmung auf Grundlage qualitativer Daten interpretiert. Zudem werden die Merkmale der Entscheidungsfindung der Therapeuten bei der Gesamtbewertung zeigen, diskutiert. Abschließend erfolgt eine Diskussion des methodischen Vorgehens. In der Schlussbetrachtung und im Ausblick werden die therapeutischen Fertigkeiten (Townsend & Polatajko 2007) aufgegriffen und hieraus Empfehlungen zur Anpassung des PEAP-Assessments sowie zu weiteren Forschungsthemen abgeleitet.

Die Autorin legt Wert auf die Feststellung, dass in der gesamten Arbeit bei Personen stets Frauen und Männer gemeint sind, auch wenn im Rahmen dieser Arbeit in der Regel die männliche Form verwendet wird. Die weibliche Form wird nur dann eingesetzt, wenn es ausschließlich, um die konkrete Beschreibung von weiblichen Personen geht. Zugunsten der Lesbarkeit wird auf die schematische Sprachregelung und die Kombination von männlicher und weiblicher Form verzichtet.

# **THEORETISCHER HINTERGRUND**



## 2 Das Konstrukt Kindheit

---

Kindheit unterliegt dem sozialen gesellschaftlichen Wandel (Andresen 2013) und ist ein sich veränderndes Konstrukt, das aus verschiedenen Perspektiven betrachtet werden kann. Kindheit als Konstrukt zu bezeichnen impliziert das Wissen darüber, dass

„(...) kein Begriff vollständig das wiedergeben kann, was er aussagen soll. Deshalb sprechen wir nunmehr auch von Konstrukten, um so selbstreflexiv kenntlich zu machen, dass wir nichts naiv abbilden, vollständig rekonstruieren oder in allen Teilen darlegen können“ (Reich n.d.: 250).

Im folgenden Kapitel ist zunächst die historische Entwicklung des Kindheitsverständnisses von Interesse, da dieses dazu beiträgt, die heutige gesellschaftliche Perspektive auf Kindheit besser zu verstehen. Letztere macht deutlich, was in Deutschland von Kindern erwartet wird und wie sie gesehen werden. Zum anderen interessieren die verschiedenen Entwicklungstheorien, die von der gesellschaftlichen Perspektive beeinflusst werden und die diese durch ihre Erkenntnisse mitgestalten. Abschließend folgt eine mögliche Einteilung der Lebensphasen, um Kindheit chronologisch im Lebenslauf zu verorten.

### 2.1 Historische Entwicklung in Westeuropa

In der Antike waren die strenge alltägliche Züchtigung und das Töten von behinderten oder aus anderen Gründen unerwünschten Kindern eine weitverbreitete Maßnahme. Erst im römischen Reich wurde im 4. Jh. n. Chr. die Kindstötung unter Strafe gestellt. (Wilkening, Freund, Martin 2009). Unerwünschte Kinder wurden dann häufig ausgesetzt, was zu einer Versklavung in Form von Schwerstarbeit für Jungen und Prostitution für Mädchen führte (Hardt & Hoffmann 2006).

Im frühen Mittelalter (bis 11. Jh.) wurde gesellschaftlich kein gravierender Unterschied zwischen Kindern und Erwachsenen gesehen. So beschreibt Ariès (1998), dass in Frankreich selbst bis ins Spätmittelalter (bis 15./16. Jh.) keine sprachliche, mentale und kulturelle Repräsentation eines spezifischen Kindheitsbegriffes vorhanden war (Schweizer 2008). Dies wird auch an der Art der Darstellung von Kindern auf Gemälden aus der Epoche deutlich. Der Kleidungsstil der Kinder entspricht dem der Erwachsenen. Ebenso hatten Kinder kein eigenes Zimmer, sie nahmen Tag und Nacht am Leben der Erwachsenen teil. Bei Straftaten wurden sie an den Pranger gestellt und auch gehängt (Wilkening et al. 2009). Kinder hatten somit keinen eigenen Lebensbereich und den gleichen Tätigkeitsbereich wie Erwachsene (Ariès 1998). Die Kindstötung wurde von der Kirche zu dieser Zeit entschieden abgelehnt. Es entstanden kirchliche Heime oder Klöster, die kranke oder ungewollte Kinder in Obhut nahmen (Wilkening et al. 2009).

Im Spätmittelalter (13. bis 15./16 Jh.) begann langsam das Interesse an der speziellen kindlichen Entwicklung. Es wurde darüber nachgedacht, Kinder in ihrer Entwicklung zu begleiten. Frauen fanden, häufig in der Funktion von Ammen und wenn es die Zeit zuließ, Freude daran, sich mit Kindern zu beschäftigen und mit ihnen zu spielen (Andresen & Hurrelmann 2010). Da die Kindersterblichkeit selbst im 18. Jahrhundert noch so hoch war, dass kaum die Hälfte der Kinder das achte Lebensjahr erreichte, wurden emotionale Bindungen an Kinder vermutlich vermieden (Hardt & Hoffmann 2006). Bei genauerer Betrachtung der Zeitspanne wird deutlich, dass kleinen Kindern ein spezieller Schutzraum gewährt wurde, da sie körperlich nicht in der Lage waren, den Aufgaben von Erwachsenen nachzukommen. So gibt es aus dieser Zeit auch zeichnerische Darstellungen von Kindern bei verschiedenen Spielen wie etwa im Gemälde „Kinderspiele“ von Pieter Brueghel dem Älteren aus dem Jahr 1560. Von Kindern ab spätestens dem siebten Lebensjahr wurde jedoch das Erfüllen der alltäglichen Aufgaben und Pflichten erwartet und es wurde davon ausgegangen, dass sie in der überwiegend landwirtschaftlich geprägten Gesellschaft ihren Aufgaben nachkamen (Andresen & Hurrelmann 2010). Mit der Entstehung des Bürgertums im 18. Jahrhundert, das sich vom Adel und vom Klerus sowie von den Bauern und Arbeitern absetzte, entstanden in wohlhabenderen Kreisen die bürgerlichen Vorstellungen von Kindern als unfertige Gesellschaftsmitglieder. Diese verfestigte sich im 19. Jahrhundert (industrielles Zeitalter). So wurden Kinder als „[...] entwicklungsfähige Menschen, die noch nicht erwachsen waren und sich in einer dynamischen Entwicklungsphase befanden [...]“, gesehen (Andresen & Hurrelmann 2010: 14). Kindheit wurde als eine gesonderte Lebensphase anerkannt, die einen Schon- und Schutzraum für Erziehung, Bildung und umfassende Entwicklung sowie Ausbildung darstellte (Ariès 1998). Kinder aus bürgerlichen Kreisen wurde der Schulbesuch ermöglicht, während ihre Altersgenossen aus armen Familien bis ins 20. Jahrhundert durch physische Arbeit Teil der Erwachsenenwelt blieben. So nahm die Kinderarbeit in den ärmeren Bevölkerungsgruppen solche Dimensionen an, dass fünfjährige Kinder bis zu 16 Stunden in Fabriken arbeiten mussten (Hardt 2006).

Das Aufkommen des Kinderschutzes zu Beginn des 20. Jahrhunderts mit der Einführung des Arbeitsschutzgesetzes, was ein Verbot jeglicher Beschäftigung von Kindern unter 13 Jahren in Fabriken implizierte (1891), und der allgemeinen Schulpflicht (für ganz Deutschland seit 1919 im Rahmen der Weimarer Verfassung) führten zur Reduzierung von körperlicher Arbeit im Kindesalter für Kinder aus allen sozialen Schichten. Zudem etablierte sich eine verantwortliche Kinderheilkunde, die dazu beitrug, dass sich die Gesundheit der Kinder deutlich verbesserte (Peter & Pomnitz 2013).

Die Erkenntnis, Kinder als unfertige Gesellschaftsmitglieder zu sehen, die somit auf eine Erziehung durch Erwachsene angewiesen sind, wurde von der Diskussion begleitet, ob Neugeborene als „unbeschriebene Blätter“ oder als „vorgeprägte menschliche Wesen“ zur Welt kommen bzw. ob

Kinder von Geburt an entweder unschuldig oder als sündige Wesen anzusehen seien (Andresen & Hurrelmann 2010: 18). Diese konträren Sichtweisen führten jeweils zu pädagogisch unterschiedlichen Reaktionen. Zur Zeiten der Reformation (16. Jh.) wurden Kinder von Natur aus als mit Sünde belegte, dem Bösen zugewandte Wesen gesehen. Jedoch wurde ihnen ein großes Maß an Lernfähigkeit zugesprochen. Den Eltern wurde somit die Aufgabe zuteil, das Kind mit entsprechenden Erziehungsmaßnahmen auf den rechten Weg zu führen und vor den Versuchungen des Lebens zu bewahren. (Wilkening et al. 2009) Die Vorstellung, die bösen Geister oder Dämonen auszutreiben, wurde häufig in Form von körperlicher Misshandlung wie z. B. der Prügelstrafe umgesetzt (Hardt 2006).

Im Gegensatz hierzu entstanden zu Zeiten der Aufklärung (17/18 Jh.) humanere Konzepte, die u. a. von zwei entscheidenden Persönlichkeiten beeinflusst wurden: Jean-Jaques Rousseau (1712–1778) und John Locke (1632–1704).

Die romantische Sichtweise auf Kindheit, die auch in Deutschland großen Einfluss auf die Pädagogik hatte und an der sich entscheidende Persönlichkeiten wie Johann Heinrich Pestalozzi (1746–1827), sein Schüler Friedrich Fröbel (1782–1852) und im Weiteren Maria Montessori (1870–1952) orientierten, wurde von Rousseau geprägt. Er verkörpert die Sichtweise des Nativismus. In dieser Denktradition werden Kinder als reine, unwissende, von Natur aus gute Menschen angesehen, die durch den Kontakt zur Umwelt schädlich beeinflusst werden (Wilkening et al. 2009). So schreibt Rousseau 1762, „[...] alles sei gut, so wie es aus den Händen des Schöpfers kommt, alles entsteht jedoch unter den Händen des Menschen [...]“ (Andresen & Hurrelmann 2010: 19). Rousseau erwähnt drei Erzieher des Kindes: „andere Menschen“, „Natur“ und „Dinge“. Zudem weist er auf die pädagogischen Prinzipien der Erfahrung und Anschauung hin, die bis heute einen großen Stellenwert in der frühkindlichen Pädagogik haben (Andresen & Hurrelmann 2010).

Die zweite Denktradition, der Empirismus, wurde von dem Philosophen Locke geprägt. Dieser griff die Idee auf, dass Kinder als *blank slates* geboren werden. Sie sind demnach somit von Natur aus weder böse noch gute Menschen. Diese formbaren, unwissenden Personen können durch umsichtiges Handeln der Erwachsenen in rational denkende Menschen gewandelt werden. Hier nimmt die Rolle des Erwachsenen eine tragende Funktion ein, da die Entwicklung des Kindes, dass als *adult in the-making* verstanden wird, vom Verhalten des Erwachsenen abhängt (Kehily 2009).

Ab dem 20. Jahrhundert kam es zu einer zunehmenden Pädagogisierung der Kindheit. Der Ausbau der vorschulischen Einrichtungen, die Erziehung vor der Schule, die von Fröbel bereits im 19. Jahrhundert mit der Entwicklung des Kindergartens begonnen wurde, fand nun systematisch statt. In Deutschland erhielt die reformpädagogische Ausrichtung, geprägt durch die schwedische Pädagogin

Ellen Key (1849–1926), einen besonderen Stellenwert. Sie propagierte u. a., dass sich Eltern in Bezug auf Erziehung ausbilden lassen, dass sich Väter verstärkt in den Erziehungsprozess integrieren und dass Kinder möglichst lange zuhause erzogen werden sollen (Peyn & Key 2010). Zudem befürwortete sie das Generieren von wissenschaftlichem Wissen, gewonnen durch experimentelle und verstehende Kinderforschung, um angemessen und fortschrittlich mit Kindern umgehen zu können (Andresen & Hurrelmann 2010).

Im Nationalsozialismus (1933–1945) propagierte Adolf Hitler eine starke, unerschrockene und herrische Jugend, die Schmerzen erträgt und Schwächen nicht zeigt. Die Grundlage dafür war eine strenge Erziehung mit dem Ziel, körperlich gesunde Kinder und Jugendliche zu beherrschen, damit sie dem Gedankengut des Nationalsozialismus widerstandslos folgen (von der Grün 1979). Menschen, die diesem Bild nicht entsprachen, z. B. behinderte Kinder, wurden ausgegrenzt, als medizinische Versuchspersonen missbraucht und/oder ermordet. Aber auch Kinder, die in ihrem Verhalten nicht mit der nationalsozialistischen Ideologie übereinstimmten und sich z. B. auflehnten bzw. Kinder von Regimegegnern oder Kinder aus „desolaten“ Familien wurden als schwer erziehbar eingestuft und in nationalsozialistische Erziehungsheime eingewiesen (Müller 1999). Im und auch nach dem zweiten Weltkrieg übernahmen Kinder teilweise schwere körperliche Arbeiten, um ihre Familien zu unterstützen. Gerade ältere Jungen wurde die Rolle des Familienvaters angetragen, da dieser in den Familien häufig nicht mehr präsent war (Davis, Polatajko, Ruud 2002).

Nach Ende des zweiten Weltkrieges kam es zu einer Sensibilisierung für die Lebensphasen Kindheit und Jugend, die lange unter einem Begriff subsumiert wurden. Dies wurde durch die Separation der beiden Begrifflichkeiten sowie durch die Anerkennung der Jugendzeit als eigenständige Lebensphase deutlich. Politisch wird Kindern in Deutschland seit Ende des 20. Jh. ein eigener Stellenwert beigemessen. So wurde ab 1990 aus dem *Jugendwohlfahrtsgesetz* das *Kinder- und Jugendhilfegesetz* (KJHB) und aus der *Jugendforschung* die *Kindheits- und Jugendforschung* (Wittmann, Rauschenbach, Leu 2011). Bühler-Niederberger und Sünker (2008) typisieren den Wandel der sozialwissenschaftlichen Repräsentation von Kindheit, der zur Jahrtausendwende stattgefunden hat, anhand der von Lange (1995: 65f.) beschriebenen Akronyme als den Übergang vom „OPIA-Kind“ zum „CAMP-Kind“ (s. Tab. 1); (Bühler-Niederberger & Sünker 2008: 22).

Tabelle 1: "OPIA-Kind" versus "CAMP-Kind"

Das „OPIA-Kind“	Das „CAMP-Kind“
„ <b>ontologically given</b> “: die chronometrische Einteilung bestimmt Anfang und Ende der Kindheit	„ <b>discursively constructed</b> “: Kindheit wird als eigenwertige Entwicklungsphase angesehen
„ <b>passively</b> “: Kinder sind passive Empfänger von Sozialisationsimpulsen	„ <b>actively acting</b> “: Kinder werden als kompetente Akteure und Individuen mit eigenen Interessen betrachtet
„ <b>idyllic</b> “: Kindheit ist ein gesellschaftliches Reservat	„ <b>modernized</b> “: Modernisierungstheorien sind zentrale Bezugspunkte der Kindheitsdiskurse
„ <b>apolitical</b> “: Kindheitsfragen spielen in der Politik keine entscheidende Rolle	„ <b>politically contested</b> “: Kindheit ist ein politisch relevantes Thema

Diese Gegenüberstellung zeigt, dass sich Kindheit, wie jedes soziale Phänomen, weiter im Wandel befindet. Obwohl die Bevölkerungsgruppe der Kinder in Deutschland trotz abnehmender Kindersterblichkeit aufgrund des Geburtenrückgangs schrumpft, wird ihr heutzutage, was an der Beschreibung des „CAMP-Kindes“ deutlich wird, ein größerer Stellenwert beigemessen als sie ihn historisch jemals hatte (Schweizer 2008). Bezüglich des politischen Stellenwertes von Kindern bemerkt Schweizer (2008), dass alle Parteien das „Kindeswohl“ unterstützen und befürworten, vermutet jedoch, dass sie dies aufgrund des demografischen Wandels in Bezug auf das Wahlverhalten der älteren Menschen forcieren und nicht wirklich die Interessen der Kinder im Blick haben. Das *actively acting* der Kinder, das diese als kompetente Akteure und Individuen mit eigenen Interessen beschreibt, bezieht sich nicht nur auf das Verhandeln und Treffen von eigenen Entscheidungen innerhalb der Familie, sondern Kinder werden diesbezüglich u. a. auch als relevante Konsumenten in einer Konsumgemeinschaft angesprochen (ebd.).

In der heutigen Zeit müssen Kinder in Westeuropa überwiegend nicht als Arbeitskraft in der Landwirtschaft oder im häuslichen Handwerksbetrieb mitarbeiten, d. h. die „ökonomische Funktion“ der Kinder hat abgenommen. Hingegen bekommen die Kinder für ihre Eltern einen größeren „emotionalen Wert“. So ist „mit dem Wunsch nach Kindern [...] heute primär die Hoffnung auf eine Vitalisierung des Lebens auf Unmittelbarkeit, Vertrautheit und dauerhafte verlässliche Beziehungsnähe verbunden“ (Göppel 2007: 70). Kindheit gilt heutzutage in Westeuropa als Zeit der Entwicklung, in der die Heranwachsenden von den Pflichten der Erwachsenen weitgehend entbunden sind (Zerle 2007). Gleichzeitig werden an die Kinder hohe Erwartungen gestellt, die durch außerschulische Angebote unterstützt werden und somit zu einer verplanten (Frei-)Zeit der Kinder führen. Historisch betrachtet ist es zu einer emotionalen Bedeutungsveränderung von Kindheit

gekommen, was Auswirkungen auf das Freizeitverhalten und die an Kinder gestellte Arbeitserwartung hat. Auch die technologischen Entwicklungen wie z. B. Fernseher, Computer und Handy beeinflussen das Betätigungsverhalten von Kindern (Davis et al. 2002).

Dieser fortschreitende Wandel lässt sich nicht nur historisch, sondern auch gesellschaftlich und entwicklungspsychologisch beschreiben. Aufgrund dessen wird, um einen weiteren Verständnis für das in Deutschland momentan vorherrschende Denken über Kindheit zu erreichen und die Auswirkungen auf die mit dieser Personengruppe verbundenen Disziplinen wie Pädagogik und Therapiewissenschaften darzustellen, Einblick in die aktuelle gesellschaftliche Perspektive gegeben.

## **2.2 Aktuelle gesellschaftliche Perspektive auf Kindheit**

Gesellschaftlich wird die Veränderung als Übergang von der Moderne zur Postmoderne von Zygmunt Baumanns (2007) beschrieben, die sich auf die Darstellung von Ulrich Beck, titulierte als die „Risikogesellschaft“ (1986) bezieht. Unzuverlässigkeit wie Wechsel der Studiensysteme und Unvorhersehbarkeiten wie die berufliche Entwicklung, aber auch der vielfältige, schnelle Wandel, der durch die digitalen Nutzungsmöglichkeiten besonders deutlich wird, prägen die sogenannte Risikogesellschaft von heute.

War in der Moderne die Überzeugung vorherrschend, Chancengleichheit sei für alle möglich, so wird diese Annahme in der Postmoderne nicht mehr aufrechterhalten. Grundbefindlichkeiten wie Ambivalenz und Unsicherheit sind prägend und bestimmen unser Handeln.

Die Postmoderne zeigt sich in einer Pluralisierung der Lebensstile, Werthaltungen und Ziele und somit in der Gestaltung des eigenen Lebens mit vielen Optionen. Kinder wachsen heutzutage in einem sozialen Umfeld auf, das wesentlich heterogener ist als ein oder zwei Kindergenerationen zuvor (BMFSFJ 2013). Diese Vielfältigkeit birgt Chancen wie Risiken, da sich der Einzelne immer weniger an vorgegebenen Normen und ‚Fahrplänen‘ orientieren kann, die sich auf die Regeln des Lebens beziehen (Beck 1997). Die veränderten Voraussetzungen betreffen auch das Aufwachsen der Kinder. Viele Kinder sind somit früh gefordert, selbstständig zu handeln und eigene soziale Bezüge aufzubauen. Wie ihnen das gelingt, ist abhängig von ihrer Persönlichkeit im Kontext ihrer jeweiligen Lebenslage (Alt 2005).

Grundsätzlich führt dieser soziokulturelle Umbruch gerade bei Kindern und Jugendlichen zu einem Dilemma. Einerseits haben sie bereits die Möglichkeit, ihre Lebensweise individuell zu gestalten. Andererseits gehen diese Individualisierungschancen mit einer Lockerung der sozialen und kulturellen Bedingungen einher, was dazu führt, dass die Welt zunehmend „unlesbar“ (Sennett 1998)

wird. Aufgrund der fehlenden Struktur gibt es für Kinder immer weniger Klarheit im Umgang mit den Herausforderungen, die an sie gestellt werden (BMFSFJ 2013).

Die angedeuteten widersprüchlichen Tendenzen lassen das Aufwachsen in der Postmoderne zu einer Konstellation „riskanter Chancen“ (Keupp 1988) werden. Das Leben kann freier gestaltet werden; gleichzeitig wachsen aber auch die Risiken des Scheiterns.

„Denn die Bedingung für eine selbstbestimmte Nutzung dieser Chancen für die Erfahrung von Selbstwirksamkeit und Handlungsmächtigkeit setzt Ressourcen voraus, die für viele Heranwachsende aufgrund fehlender sozialer Ressourcen nicht erreichbar sind“ (BMFSFJ 2009: 45)

Die Differenz des Aufwachsens von Kindern hat sich laut Opp und Fingerle (2007: 11) vergrößert: „Neben pädagogisch hoch angereicherten Lebenswelten gibt es eine wachsende Kinderpopulation, die in deprivierten Umwelten heranwächst“. Wie jedoch ein Kind seine Lebenswelt wahrnimmt und beschreibt, ist individuell unterschiedlich und stimmt nicht immer mit sozialen Unterschieden oder materiellen Bedingungen überein. So bringt jedes Kind physische und psychische Voraussetzungen mit und wird von den Umweltbedingungen entsprechend geprägt. Die „Art und Weise, wie sich jedes einzelne Kind mit seinen Anlagen und seiner Umwelt auseinandersetzt und sie verarbeitet, ist individuell einmalig“ (Andresen & Hurrelmann 2010: 43). Laut DJI-Kinderpanel<sup>2</sup> (2007) ist zwar u. a. die Wohnraumqualität stark vom Haushaltseinkommen der Familie abhängig, da „[...] Besserverdienende in Gegenden leben, in denen die Kinder mehr Spielmöglichkeiten haben“ (Zerle 2007: 248). Zudem fallen nach Trabert (2002 in ebd.) Kinder aus ärmeren Verhältnissen aus Gründen wie geringerer Verkehrssicherheit und weiterer Wege zu Freizeitangeboten häufiger Verkehrsunfällen zum Opfer als Kinder aus finanziell besser gestellten Familien. Jedoch zeigen diese Beschreibungen nicht das individuelle Kindeswohl auf, weshalb es wichtig ist, Kinder wirklich als Akteure und Experten für ihren Alltag anzusehen und sie als solche anzusprechen. Zudem ist ein ethisch vertretbares Handeln in der komplexen Risikogesellschaft nur dann möglich, wenn der Einzelne in seiner Lebenssituation ernstgenommen wird (Melzer 2004).

Kindheit ist somit ein Konstrukt im Wandel, dass sich wie alle anderen Lebensphasen auch kulturell, wirtschaftlich, pädagogisch und wissenschaftliche betrachten lässt und nicht nur durch Biologie und Natur definiert werden kann (Andresen & Hurrelmann 2010). Zudem wird der Prozess der Entwicklung als lebenslange und dauerhaft veränderte Austauschbeziehung zwischen dem Individuum und dem Kontext verstanden (Lechner & Silbereisen 2015). Hier nimmt die Auseinandersetzung mit der Entwicklung in der Lebensphase Kindheit einen wichtigen Stellenwert

---

<sup>2</sup> Das DJI Kinderpanel stellt die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage des Deutschen Jugendinstituts (DJI) in Bezug auf die Lebensbedingungen von Kindern in Deutschland dar. Die Befragung wird regelmäßig unter Eltern und Kindern durchgeführt.

ein, der sich in verschiedenen Entwicklungstheorien niederschlägt, die im folgenden Kapitel erläutert werden.

## 2.3 Vorherrschende Entwicklungstheorien

Entwicklungstheorien zeigen mit unterschiedlichen, manchmal auch überschneidenden Schwerpunkten auf, wie die Entwicklung eines Kindes in der Gesellschaft gesehen wird. Kindheit und kindliche Entwicklung werden heutzutage aus verschiedenen theoretischen Perspektiven betrachtet und begründet. Entwicklungstheorien lassen sich in neuere und ältere Theorien unterteilen, die aus unterschiedlichen Denkschulen stammen. Hierbei sind die psychologisch orientierten Theorien (Andresen & Hurrelmann 2010) wie etwa die psychoanalytische Theorie (vgl. Freud), die soziale Lerntheorie (vgl. Bandura), die kognitive Entwicklungstheorie (vgl. Erikson; Piaget) und die ökologische Entwicklungstheorie (vgl. Bronfenbrenner) zu nennen. Alternativ wird sich der soziologisch orientierten Theorien (Andresen & Hurrelmann 2010) bedient, wie u. a. der systemtheoretischen (vgl. Parson), handlungstheoretischen (vgl. Mead), gesellschaftstheoretischen (vgl. Marx) oder konstruktivistischen Konzepte (vgl. Honig).

Die neueren Entwicklungstheorien legen den Schwerpunkt insgesamt verstärkt u. a. auf die verschiedenen Einflussfaktoren (z. B. Anlage, Erziehung, Sozialisation) bzw. die kulturellen Aspekte und integrieren die Erkenntnis, dass Entwicklung einen lebenslangen Prozess darstellt. Dafür bleibt der Universalitätsgedanke, der Entwicklung als allgemeingültige, stufenweise Veränderung beschreibt und besonders in den Entwicklungskonzepten nach Erik Erikson und Jean Piaget als sogenannte Phasen- oder Stufenmodelle benannt wird, nicht mehr bestehen, da er als zu einschränkend wahrgenommen wird (Montada, Lindenberger, Schneider 2012). Dies entspricht den allgemeinen gesellschaftlichen Veränderungen von einer komplexeren Wahrnehmung der Realität, lässt aber keine einfache Erklärung für die Entstehung von Verhalten oder Entwicklungsschwierigkeiten zu (Flammer 2009). Benannt wird diese veränderte Perspektive von Montada et al. (2012: 31f.) als „differenzielle Entwicklungspsychologie“, die Entwicklung als einen Reifeprozess ansieht, der über die Kindheit und Jugend hinausgeht – mit dem Bewusstsein, Entwicklung nicht nur als Fortschritt, sondern auch als Einschränkung und Verlust wahrzunehmen. Zudem wird das Individuum nicht nur als von der Umwelt beeinflusstes Wesen beschrieben, sondern auch umgekehrt als ein auf die Umwelt Einfluss nehmendes und sich passende Umwelten suchendes bzw. somit selbstgestaltendes Wesen dargestellt (ebd.: 32).

Ein geeignetes Beispiel für eine neuere Entwicklungstheorie ist die sozialkonstruktivistische Theorie, wobei Sozialkonstruktivismus mit unterschiedlichen Begrifflichkeiten und Ansatzpunkten gefasst wird (vgl. Knorr-Cetina 1989). Ein führender deutscher Vertreter der sozialkonstruktivistischen Denkschule



ist Michael Sebastian Honig (1999). In Anlehnung an seine sozialkonstruktivistische Theorie von Kindheit wird das Kind als individuelles, eigenständiges Gesellschaftsmitglied betrachtet – anders als in traditionellen Mustern, wo es als abhängig und erziehungsbedürftig bzw. an seine Herkunftsfamilie und den damit einhergehenden Status gebunden gesehen wird. Kinder haben eigene Rechte und Ansprüche; sie sind ihren Eltern in der westlichen Gesellschaft nicht direkt in einem hierarchischen Verhältnis unterworfen, da sich ihnen eigene Zugänge zu verschiedenen gesellschaftlichen Angeboten bieten (Andresen & Hurrelmann 2010).

Neuere Entwicklungstheorien verstehen Kinder somit als soziale Akteure, die ihre Umwelt (soziale, physische) mitgestalten, während Kinder in den herkömmlichen Entwicklungstheorien als passiv und anpassungsorientiert beschrieben werden (Andresen & Hurrelmann 2010).

So lassen sich, wie in Abbildung 1 (Montada et al. 2012: 32) dargestellt, Entwicklungstheorien aktiven und nicht aktiven Modellen zuordnen.

Umwelt		Aktiv	nicht aktiv
Subjekt	aktiv	Transaktionale Modelle	Aktionale Modelle
	nicht aktiv	Exogenistische Modelle	Endogenistische Modelle

**Abbildung 1: Einteilung von Entwicklungsmodellen**

Exogenistische Modelle sehen das Subjekt als nicht aktives Wesen, das von den Einflüssen der Umwelt maßgeblich geprägt wird. Die Entwicklung wird daher nur von externen Faktoren wie der Erziehung beeinflusst. Endogenistische Modelle führen Entwicklung und Reifung auf den angelegten Plan eines Menschen zurück. Das Individuum und die Umwelt nehmen nicht aktiv an der Entwicklung teil, sondern das genetische Entwicklungsprogramm ist für die Reifung in zeitlich sensiblen Phasen verantwortlich. Aktionale Modelle sehen den Menschen als aktiven Mitgestalter seiner Entwicklung, beschreiben jedoch die Umwelt als passiven Part. Diese drei Modelle erkennen nicht die gegenseitige Beeinflussung von Mensch und Umwelt an, die ein Gesamtsystem bilden; diese Annahme findet sich derweil in transaktionellen Modellen, in denen die Entwicklung eines Menschen in systematischen Zusammenhängen beschrieben wird. „Menschen leben, agieren und entwickeln sich in sozialen bzw. ökologischen Systemen. Sie sind Teile verschiedener Systeme. Alle Teile der Systeme stehen in Relation zueinander. Ihre Aktivitäten können andere Teile beeinflussen“ (Montada et al. 2012: 34). Diese Überzeugung wird von einigen Disziplinen der Rehabilitationswissenschaften aufgegriffen. Die Umwelt hat vielfältige Facetten: Sie fordert und regt an bzw. bietet materiale Angebote sowie Sozialstrukturen, provoziert aber auch Konflikte und Störungen (Fischer 1996). Entwicklung gestaltet

sich „[...] immer nur als Abstimmungsprozess zwischen inneren Bedürfnissen und äußeren Erwartungen“ (Fischer 1996: 55). Dieser Prozess ist im Fluss der Lebenszeit zu sehen. Somit kommt es im Laufe des Lebens zu unterschiedlichen herausfordernden Situationen, die gemeistert werden müssen. Erkrankt das Kind, trennen sich die Eltern oder gelingt die Transition von Kindergarten zu Schule nicht unproblematisch, stellen sich dem Kind neue Herausforderungen, die es bewältigen muss. Mit steigendem Alter verändern sich zudem die gesellschaftlichen und kulturell vorgegebenen Erwartungen, die gegenüber Kindern gehegt werden (Warschburger 2009). Des Weiteren sprechen Andresen & Hurrelmann (2010) von einer zeitlichen Verkürzung der Lebensphase Kindheit, die im folgenden Kapitel thematisiert wird.

## **2.4 Einteilung der Lebensphasen**

### **2.4.1 Chronologisch**

In Deutschland wird jene Lebensphase als Kindheit bezeichnet, die der Phase der Jugend vorangeht. Kindheit wird aufgrund ihrer Entwicklungsbedeutung (Hurrelmann & Bründel 2003) weiter differenziert. Je nach Literatur finden sich bei der Subdifferenzierung, bezogen auf die Altersangaben, minimale Differenzen. Grundsätzlich lässt sich eine Unterteilung in frühkindliche Entwicklung (Geburt bis drei Jahre), frühe Kindheit bzw. Kindergartenalter (drei Jahre bis Eintritt in die Grundschule), mittlere Kindheit (sechs bis acht Jahre) und späte Kindheit (acht Jahre bis zum Beginn der Vorpubertät) vornehmen (Gloger-Tippelt 2011). Schwerpunktmäßig konzentriert sich diese Arbeit auf Kinder in der Phase der mittleren Kindheit, da sich die Einschulung aufgrund der Stichtagregelung<sup>3</sup> häufig bereits in das sechste Lebensjahr vorverschiebt bzw. die vom PEAP-Assessment in dieser Studie erfassten Kinder ein Alter zwischen 5;0 bis 6;11 Jahren haben und somit überwiegend im Bereich der mittleren Kindheit anzusiedeln sind.

### **2.4.2 Rechtlich**

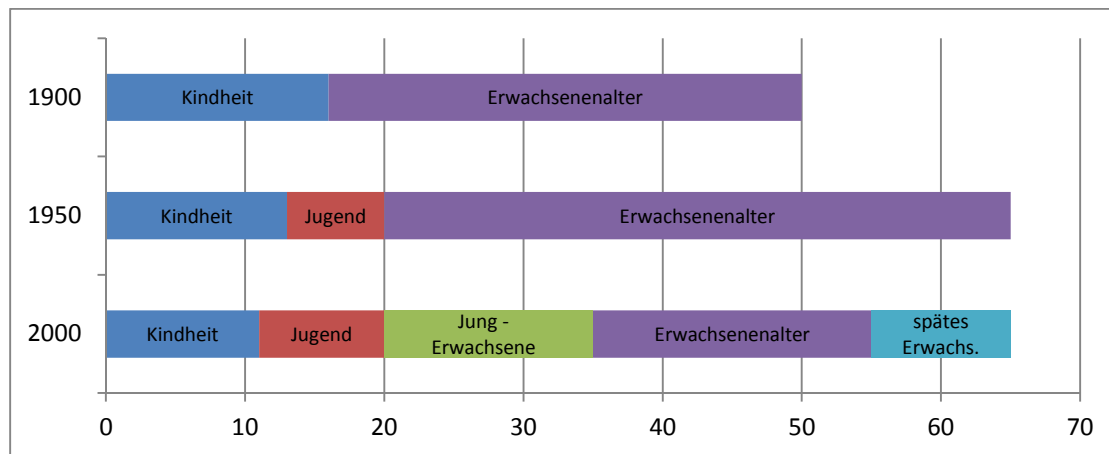
Nach dem KJHG gilt ein Mensch als Kind, der noch nicht 14 Jahre alt ist, und als Jugendlicher, wenn er 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist (SGB VIII § 7). Auch die Rechtsprechung im Jugendstrafrecht orientiert sich an diesen Altersangaben (vgl. Jugendgerichtsgesetz – JGG). Abgesehen von der klar definierten rechtlichen Einteilung ist der Übergang von Kindheit zu Jugend fließend.

So wird von Kindheit teilweise nur bis zur Vollendung des zehnten bzw. zwölften Lebensjahres gesprochen, sodass sich Kindheit schwerpunktmäßig auf das erste Lebensjahrzent bezieht (Wittmann

---

<sup>3</sup> Der Stichtag, ab dem ein Kind bei Vollendung des 6. Lebensjahres im Regelfall die Schule besuchen muss, liegt je nach Bundesland zwischen dem 30.06. und 31.12. eines Jahres (Baumann, Schneider, Vollmar, Wolters 2012).

et al. 2011). Hurrelmann beschreibt eine sich über das letzte Jahrtausend erstreckende „Veränderung der Lebenslauf-Architektur“, die mit einer stärkeren Untergliederung der einzelnen Phasen einhergeht (vgl. Abb. 2; Hurrelmann 2013). Die Auswirkungen auf das Kinder- und Jugendalter zeigen sich u. a. in einer zeitlichen Verkürzung der Lebensphase Kindheit und einer Erweiterung der Lebensphase Jugend. So hat sich seit 1800 der Beginn der Pubertät, gemessen an der Geschlechtsreife, von ca. 16/17 Jahren auf elf/zwölf Jahren vorverschoben (Andresen & Hurrelmann 2010).



**Abbildung 2: Veränderung der Lebenslauf Architektur**

Durch die Veränderung der Lebenslauf-Architektur (Hurrelmann 2013) stellt die Lebensphase Kindheit in Relation zum gesamten Lebenslauf eine relativ kurze Zeitspanne dar. Aufgrund der oben beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen in der Postmoderne und durch mehr Möglichkeiten der Lebensgestaltung, aber auch mehr Unsicherheiten und Erwartungen, die bereits an Kinder gestellt werden, sowie angesichts der physischen und psychischen Veränderungen, die der Mensch in dieser Zeit durchlebt, ist Kindheit eine Lebensspanne mit vielfältigen Anforderungen, die sich an verschiedenen Entwicklungsaufgaben festmachen lassen.

### 2.4.3 Das Konzept der Entwicklungsaufgaben

Menschen aller Altersstufen müssen verschiedene Entwicklungsaufgaben (vgl. Havighurst 1982) bewältigen, um entsprechende Handlungskompetenzen zu erlangen.

„Eine Entwicklungsaufgabe ist eine Aufgabe, die sich in einer bestimmten Lebensperiode des Individuums stellt. Ihre erfolgreiche Bewältigung führt zu Glück und Erfolg, während Versagen das Individuum unglücklich macht, auf Ablehnung durch die Gesellschaft stößt und zu Schwierigkeiten bei der Bewältigung späterer Aufgaben führt“ (Havighurst 1982: 2).

Das Konzept der Entwicklungsaufgaben vereint erstmals drei unterschiedliche Bereiche: die körperliche Entwicklung bzw. die Körpererfahrung, die Persönlichkeitsentwicklung bzw. die Identität und die gesellschaftlichen Erwartungen; zudem spricht sie dem Individuum eine aktive Rolle zu

(Quenzel 2015). Trotz kritischer Aspekte wie der starken Mittelschichtorientierung des Konzeptes oder der mitschwingenden Annahme, dass der Übergang in die nächste Phase nur bei erfolgreicher Bewältigung der vorherigen Lebensphase erfolgen kann, stellt das Konzept der Entwicklungsaufgaben eine Möglichkeit zur Operationalisierung der Anforderungen in den verschiedenen Lebensphasen dar (Quenzel 2015).

Entwicklungsaufgaben der Kinder zwischen fünf und sieben Jahren sind u. a. Lernen, mit Altersgenossen zurechtzukommen, die Entwicklung grundlegender Fertigkeiten im Lesen, Schreiben und Rechnen oder auch die Entwicklung von Konzepten und Denkschemata für das Alltagsleben (Hurrelmann & Bründel 2003). Kann das Kind diese nicht zufriedenstellend für sich und/oder sein Umfeld meistern, so wird es eine reduzierte, entweder temporäre oder dauerhafte, subjektive Unzufriedenheit mit seiner Betätigungsausführung wahrnehmen. Ebenso gestaltet sich der Umgang mit kritischen Lebensereignissen (Montada et al. 2012), die unvorhersehbar eintreffen und nur Teile der Population betreffen – etwa eine Scheidung der Eltern, schwerwiegende Erkrankung oder Behinderung. Zur Bewältigung wird ein besonders hohes Maß an Anpassungsleistungen vom Kind erwartet. Gelingt dies dem Kind, so geht es gestärkt aus diesem Ereignis hervor; scheitert es, so wird es negative Konsequenzen daraus ziehen. Dieser Gedanke steht auch in engem Zusammenhang mit der Entwicklung des Resilienzkonzeptes (vgl. Werner & Smith 1982; Wustmann 2009; Opp & Fingerle 2007), auf das in dieser Arbeit aufgrund des Forschungsschwerpunktes nicht näher eingegangen wird.

Manche Entwicklungsaufgaben sind universal, d. h. sie werden in jeder Kultur bewältigt, andere finden nur in bestimmten Gesellschaften oder bestimmten Subkulturen statt. Zudem gibt es Aufgaben, die temporär begrenzt sind; andere kommen in verschiedenen Dimensionen an mehreren Lebensphasen immer wieder vor (Hurrelmann 2012). Hurrelmann und Quenzel (2012) beschreiben vier große Gruppen von Entwicklungsaufgaben, die den gesamten Lebenslauf mit gleichartigen Anforderungen begleiten.

Erstens das „Qualifizieren“, dieses impliziert „[...] die Entwicklung der intellektuellen und sozialen Kompetenzen, die notwendig sind, um den Leistungs- und Sozialanforderungen gerecht zu werden“ (Hurrelmann 2012: 79). In der Kindheit fällt darunter die kognitive und intellektuelle Entwicklung, um dem Leistungsdruck und den Erwartungen aus dem Umfeld (Elternhaus, Kindergarten) gerecht zu werden. Der in der Ergotherapie verwendete Begriff der Produktivität (s. Kapitel 5.1) beschreibt die Betätigungen, die ein Kind ausführen muss, um die qualifizierenden Entwicklungsaufgaben zu bewältigen. Im PEAP-Assessment (s. Kapitel 7) werden auf 15 Bildkarten typische Entwicklungsaufgaben der jeweiligen Altersgruppe abgebildet, die auf der Grundlage intensiver Literaturrecherche, Assessmentanalyse und Expertenbefragung entstanden sind (Kraus & Romein

2015). Betätigungsfelder wie „Kulturtechniken erlernen“ oder „Werkzeug benutzen“ beziehen sich auf die qualifizierenden Entwicklungsaufgaben.

Zweitens beschreiben Hurrelmann und Quenzel (2012) das „Binden“, was sich auf die Gruppe von Entwicklungsaufgaben, die sich mit „[...] der Entwicklung von Körper- und Geschlechtsidentität, der emotionalen Ablösung von den Eltern und den Fähigkeit der intimen Bindung an einen Partner“ auseinandersetzen, bezieht (Hurrelmann 2012: 79). In der mittleren Kindheit zeigt sich dies z. B. am Aufbau von gleichaltrigen Freundschaften. Auf Grundlage der Einteilung in den ergotherapeutischen Inhaltsmodellen (s. Kapitel 5.1) lassen sich diese Aufgaben Betätigungen der Produktivität, der Selbstversorgung, aber auch der Freizeit zuordnen. Im PEAP fällt das Betätigungsfeld „in der Gruppe interagieren“ in den Bereich der Produktivität, da es sich auf den schulischen Kontext bezieht. Das Betätigungsfeld „Fantasie- und Rollenspiele spielen“ hingegen wird der Freizeit zugeordnet, da es sich um freie Spielsituationen handelt. Das Betätigungsfeld „auf die Toilette gehen“ gehört dem Bereich der Selbstversorgung an; hier steht die eigene Pflege und Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper im Vordergrund.

Die dritte Gruppe der Entwicklungsaufgaben stellt das „Konsumieren“ dar. Hierbei geht es um

„[...] einen selbständigen und an den eigenen Bedürfnissen und Interessen ausgerichteten Umgang mit allen Angeboten des Wirtschaft-, Freizeit- und Mediensektors und seinen vielfältigen Entspannungs-, Erfahrungs- und Unterhaltungsprogrammen“ (Hurrelmann 2012: 80).

Der Umgang mit der modernen Informations- und Kommunikationstechnologie nimmt bereits in der Kindheit einen immer größeren Stellenwert ein und hat Einfluss auf die Betätigungen, die Kinder in ihrer Freizeit ausführen. Im PEAP wird dies im Bereich der Freizeit u.a. bei dem Betätigungsfeld „gemeinsam spielen“ aufgegriffen.

Die letzte Gruppe, das Partizipieren, stellt Entwicklungsaufgaben in den Mittelpunkt, die dazu führen, „[...] dass der Mensch in der Lage ist, seine eigenen Bedürfnisse und Interessen in der Öffentlichkeit zu artikulieren und durchzusetzen [...]“ (Hurrelmann 2012: 80). Aus ergotherapeutischer Perspektive soll die gelungene Ausführung von Betätigung dazu beitragen, Partizipation in verschiedenen Lebensbereichen zu erfahren (Law, Petrenchik, Ziviani, King 2006). So kann ein Kind, das sich selbständig vor dem Turnunterricht umzieht, an der Sportstunde teilnehmen oder rechtzeitig in der Pause sein, um mit den anderen Kindern am Spiel teilzunehmen.

Die sich an den Betätigungsfeldern orientierende Befragung im PEAP-Assessment macht deutlich, wie Kinder und weitere Bezugspersonen die Bewältigung relevanter Entwicklungsaufgaben erleben. Der sozialkonstruktivistische Gedanke, Kinder als individuelle und eigenständige Gesellschaftsmitglieder wahrzunehmen, wird im PEAP durch die Befragung der Kinder gewährleistet. Um der komplexen

gesellschaftlichen Realität und dem Aufwachsen der heutigen Kinder in der Postmoderne gerecht zu werden, werden die relevanten kindlichen Bezugspersonen (Eltern, Lehrer/Erzieher) eng in den PEAP-Prozess integriert. Zudem liegt dem PEAP der Gedanke von transaktionalen Entwicklungsmodellen zugrunde, was durch die Konstruktion des Instrumentes auf der Grundlage von ergotherapeutischen Modellen und deren in Kapitel 5 beschriebener Verbindung zu transaktionalen Entwicklungsmodellen deutlich wird.

## 2.5 Zusammenfassung

Das zweite Kapitel gibt zunächst einen Einblick in die historisch bedingten Veränderungen des Konstruktes Kindheit, das in Wechselwirkung zu den gesellschaftlichen Entwicklungen zu verstehen ist, die nicht nur Auswirkungen auf den Umgang mit Kindern haben sondern auch Veränderungen im Betätigungsverhalten der Kinder erkennen lassen. Um Kinder in ihrem Betätigungsverhalten zu verstehen und diese im therapeutischen Prozess bewerten zu können, muss ein Verständnis für Kindheit im aktuellen Kontext geschaffen werden. Dieser wird von vorherrschenden Entwicklungstheorien mitgestaltet. Der Wechsel von endogenistischen bzw. exogenistischen hin zu transaktionellen Modellen, die die Entwicklung eines Menschen in systemischen Zusammenhängen beschreiben, ist u.a. die Grundlage für ein verändertes therapeutisches Verständnis, weg von der funktionsorientierten Therapie hin zu einer holistischen Betrachtung des Individuums in seiner Lebenswelt. Diese stellt durch die Veränderung der Lebenslauf-Architektur und der damit einhergehenden Verkürzung der Lebensphase Kindheit und den vielfältigen Entwicklungsaufgaben gesteigerte Anforderungen an das Kind. Abschließend wird in dem vorliegenden Kapitel auf die Darstellung des Konzeptes der Entwicklungsaufgaben eingegangen, die eine Möglichkeit zur Operationalisierung der Anforderungen in den verschiedenen Lebensphasen bieten und dadurch das Betätigungsverhalten von Kindern entwicklungsbezogen klassifizierbar machen.

Die Lebensphase Kindheit verändert sich aber nicht nur bezüglich der Dauer und mit den an die Kinder gestellten Anforderungen, sondern unterliegt auch Veränderungen in Bezug auf die Gesundheitssituation von Kindern in Deutschland. Hurrelmann (2012) geht davon aus, dass eine aus subjektiver Perspektive gelungene und bewältigte Entwicklungsaufgabe die positive Identitätsentwicklung des Kindes unterstützt bzw. Wohlbefinden und Gesundheit positiv beeinflusst, während misslungene Bearbeitung Identitätsentwicklung und somit Gesundheit und Wohlbefinden negativ beeinflussen. Im folgenden Kapitel wird daher ein Einblick in die gesundheitliche Situation von Kindern in Deutschland gegeben und mögliche Klassifikationssysteme zur Erfassung der individuellen Gesundheitssituation vorgestellt.

## 3 Gesundheit und Krankheit im mittleren Kindesalter

---

Die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit in der Lebensphase der mittleren Kindheit, die sich vom siebten bis zum neunten Lebensjahr erstreckt (Gloger-Tippelt 2011), ist von Interesse, da sich die Forschungsarbeit auf diese Altersspanne fokussiert. Vor dem Hintergrund der gesundheitsbezogenen Lebenslaufperspektive werden die Auswirkungen chronischer Erkrankungen im mittleren Lebensalter thematisiert. Da diese Kinder häufig therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen, folgt der Blick in die Versorgungssituation durch die Ergotherapie. Das Kapitel schließt mit der gesellschaftlichen Perspektive, da das vorherrschende normative Verständnis von Gesundheit und Krankheit Einfluss auf die Beurteilung und Bewertung des kindlichen Verhaltens und der kindlichen Entwicklung hat.

### 3.1 Gesundheitssituation von Kindern in Deutschland

Der Lebensabschnitt Kindheit gilt allgemein als Lebensphase mit geringer Belastung durch Krankheit und Behinderung. Er weist jedoch eine große Bedeutung für die Gesundheitsentwicklung im höheren Alter auf, da das Kindesalter die Lebensphase darstellt, in der der Mensch innerhalb einer in Relation zur erwartenden Lebensspanne relativ kurzen Zeit die bedeutendsten körperlichen, sozio-emotionalen, kognitiven und sprachlichen Veränderungen seines Lebens vollzieht (Oerter & Montada 2002). Der Zusammenhang zwischen Gesundheitsentwicklung im Erwachsenenalter und den Gesundheitsfaktoren im Kindes- und Jugendalter wird als Lebenslaufperspektive bzw. Lebenslaufforschung bezeichnet. Dieser wurde erst in den letzten Jahren mehr Bedeutung beigemessen (Erhart, Wille, Ravens-Sieberger 2008). „Ansätze der Lebenslaufforschung im Bereich gesundheitlicher Ungleichheiten berücksichtigen explizit, auf welche Weise Belastungen über den gesamten Lebenslauf bedeutende gesundheitliche Konsequenzen haben können“ (Smith 2008: 293).

So ist nach dem „Modell der kritischen Periode“ (Kuh & Ben-Shlomo 2004: 286ff.) der Zeitpunkt der auftretenden negativen Einflussfaktoren relevant. Dies impliziert, dass z. B. pränatale Infektionen in einem gewissen Zeitfenster zu deutlichen Entwicklungsschwierigkeiten führen können, während die gleiche Erkrankung ein paar Wochen später keine langfristigen Auswirkungen auf das ungeborene Kind hat (Smith 2008). Nach dem Modell der „Akkumulation von Risiken“ (ebd.) summieren sich die schädlichen Einflüsse aus den verschiedenen Lebensphasen zu einem insgesamt höheren Krankheitsrisiko, so z. B. der Alkoholkonsum der Mutter in der Schwangerschaft und das Aufwachsen in einer anregungsarmen Umgebung (Hurrelmann, Klotz, Haisch 2010).

Die Lebenslaufperspektive wird unter dem Aspekt der veränderten Erkrankungs- und Gesundheitsprofile von Erwachsenen und Kindern in der hochentwickelten westlichen Gesellschaft betrachtet. Akute Erkrankungen durch mangelnde Ernährung, schlechte Lebensbedingungen sowie Kinderkrankheiten wie Polio sind aufgrund veränderter Lebensbedingungen deutlich zurückgegangen. Menschen mit chronischen Erkrankungen haben aufgrund einer verbesserten medizinischen Betreuung eine längere Lebenserwartung. Insgesamt ist die durchschnittliche Lebenserwartung zwischen 1800 und 2000 in den hochentwickelten Gesellschaften fast um das Doppelte gestiegen (Andresen & Hurrelmann 2010); in Deutschland stieg sie seit 1960 ungefähr um 15 % und liegt momentan durchschnittlich bei 76,9 Jahren bei Männern und 82,3 Jahren bei Frauen (Peters, Pritzkeleit, Beske, Katalinic 2010), was wiederum auf die verbesserten Lebensbedingungen und den medizinischen Fortschritt zurückzuführen ist (Erhart et al. 2008). Bis ins Jahr 2030 wird sich die Altersverteilung verschieben. Der Anteil der über 65-Jährigen wird von ca. 20 % auf 30 % steigen und der Anteil der Kinder und Jugendlichen von ca. 20 % auf 15 % sinken (Statistisches Bundesamt 2009). Die gestiegene Lebenserwartung führt zu einem Anstieg chronischer Erkrankungen wie z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Robert-Koch Institut 2015). Jedoch nehmen die chronischen Erkrankungen nicht nur in der späten Lebensphase zu. Auch im Kinder- und Jugendalter ist ein Anstieg chronischer Erkrankungen zu verzeichnen (Petermann 2003). Die Zahlen bezüglich chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in Deutschland schwanken je nach zugrunde gelegter Definition. Der vermerkte Anstieg wird insgesamt als „neue Morbidität“ bezeichnet. Dieser Begriff beschreibt zwei Veränderungen: die Verschiebung der Erkrankungen weg von den akuten in zu den chronischen Beeinträchtigungen und die Reduzierung der somatischen Leiden zu Lasten der psychischen Störungen (Ravens-Sieberer, Bettge, Wille, Erhart 2007). Des Weiteren können, auch vor dem Hintergrund der Fortschritte im Bereich der Neonatologie, Frühgeborene mit einem sehr geringen Geburtsgewicht überleben. Diese leiden häufig an neurologischen Krankheitssymptomen und Behinderungen, die eine langfristige Behandlung erfordern (Hagen, Noeker 1999).

### **3.1.1 Chronische Erkrankungen im mittleren Kindesalter**

In der Literatur existiert eine Vielzahl an Definitionen für den Begriff der „chronischen Krankheit“, eine allgemeinverbindliche Definition liegt nicht vor (Warschburger 2009). Als besonders schwierig wird auch die Abgrenzung zum Begriff der „Behinderung“ beschrieben, da chronische Erkrankungen nicht selten zu funktionellen Einschränkungen führen (Hagen & Noeker 1999). Als chronische Erkrankung bei Kindern definiert Petermann (2003) in Anlehnung an Stein, Westbrook und Baumann (1997) eine



- über mindestens ein Jahr bestehende Erkrankung,
- die drei charakteristische Aspekte (funktionelle Einschränkungen, kompensatorische Bemühungen, Servicenutzung) aufweist.

Unter funktionellen Einschränkungen werden Probleme in der Partizipation/Teilhabe subsumiert, z. B. Schwierigkeiten, die Schule zu besuchen bzw. mit anderen Kindern zu spielen, oder in der Ausführung von Aktivitäten wie z. B. beim Ankleiden oder Essen. Kompensatorische Bemühungen beziehen sich auf Hilfsmittel und Medikamente, um die Einschränkungen auszugleichen; Servicenutzung impliziert einen bestehenden Bedarf an medizinischer Versorgungsleistung u. a. durch Ergo- und Physiotherapie (Petermann 2003; Warschburger 2009).

In die Gruppe der chronischen Kinderkrankheiten fallen nach der Definition von Petermann (2003) körperliche Erkrankungen wie u. a. Asthma, Neurodermitis, Stoffwechselerkrankungen (Diabetes) und Erkrankungen des Bewegungsapparates sowie psychisch bedingte Erkrankungen wie u. a. Adipositas, Erkrankungen des Essverhaltens (Anorexie und Bulimie), Störungen des Sozialverhaltens, Aufmerksamkeitsdefizit, Angststörungen und Depressivität (Hurrelmann et al. 2010; Scheidt-Nave, Ellert, Thyen, Schlaud 2007). Somit stellt die Gruppe der chronisch erkrankten Kinder in Bezug auf die sozio-emotionalen Schwierigkeiten eine relevante Zielgruppe für die pädagogischen und therapeutischen Disziplinen wie die z. B. die Psychomotorik und Ergotherapie dar.

Im Rahmen der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie), eine Langzeitstudie des Robert Koch Instituts die Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen zwischen null und 17 Jahren in Deutschland liefert (KiGGS 2016), werden in verschiedenen Erhebungswellen seit 2003 repräsentative Daten zum Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in der Bundesrepublik Deutschland erfasst. Grundlage von Gesundheit und Krankheit stellt bei dieser Erhebung die diagnoseübergreifende Perspektive dar. Zudem wurden vertiefende Daten zur psychischen und subjektiven Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben, die sogenannte BELLA-Studie, die **BE**fragung zum **see**Lischen **WohL**befinden und **VerhAl**ten. Die Basisdaten wurden zwischen 2003 und 2006 gewonnen, weitere Erhebungswellen folgten in den Jahren zwischen 2004 und 2012 (Ravens-Sieberer 2013).

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTk) geht aufgrund der Ergebnisse der BELLA-Studie davon aus, dass „[...] jedes zwanzigste Kind bzw. Jugendlicher eine Behandlungsbedürftige psychische Erkrankung [aufweist], [und] etwa jedes fünfte Kind über psycho-somatische (psychische und körperliche) Beschwerden klagt.“(BPTk:3). Die Risikogruppe der Kinder und Jugendlichen im Alter von drei bis 17 Jahren für psychische Auffälligkeiten bleibt aufgrund der Einschätzung ihrer Eltern

zwischen der KiGGS-Basiserhebung (2003 bis 2006) und der KiGGS-Welle 1 (2009-2012) konstant bei 20 % (Hölling, Schlack, Petermann, Ravens-Sieberer, Mauz 2014).

Betrachtet man die Ergebnisse der BELLA-Studie für die sieben bis zehnjährigen Kinder genauer, so finden sich Anzeichen für eine depressive Störung bei 5,6 % der Gesamtgruppe bei gleichmäßiger Auftretenshäufigkeit bei Mädchen wie bei Jungen der verschiedenen Altersgruppen. Ängste können bei 6,3 % der befragten Kinder und Jugendlichen bei ausgewogener Geschlechterverteilung festgestellt werden. Symptome einer ADHS-Erkrankung werden bei 3,9 % bis 6,4 % der untersuchten Kinder festgestellt. Hier zeigt sich eine deutlich größere Auftretenshäufigkeit bei Jungen. Anzeichen für Störungen des Sozialverhaltens finden sich bei 8,7 % der im Rahmen der Studie befragten Kinder der entsprechenden Altersgruppe. (Ravens-Sieberer et al. 2007) Zudem wird bei 5 % bis 10 % der Kinder eine motorische Entwicklungsstörung diagnostiziert (DVE 2012).

In Bezug auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität verdeutlicht die Studie von Ellert, Brettschneider und Ravens-Siebere (2014), dass sowohl körperliche Erkrankungen als auch psychische Auffälligkeiten mit Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern einhergehen. Die Ergotherapie kann als Disziplin der Rehabilitationswissenschaften durch eine Verbesserung der Betätigungsausführung zu einer gesteigerten gesundheitsbezogenen Lebensqualität beitragen. Die Heilmittelversorgung mit dem Schwerpunkt Ergotherapie wird im nächsten Abschnitt dargestellt.

### **3.1.2 Versorgungssituation durch Ergotherapie bei Kindern**

Unter Heilmitteln werden nach dem SGB V alle personalintensiven, therapeutischen und nicht von Ärzten erbrachten Dienstleistungen subsumiert. Darunter fallen neben der Ergo- und Physiotherapie und Logopädie auch Massagen und medizinische Bäder, die jedoch im Kindesalter keinen relevanten Stellenwert einnehmen. Im Jahr 2011 wurden von den Gesamtausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 2,9 % für Heilmittel ausgegeben, was verdeutlicht, welcher relativ geringer Anteil Heilmittel an den Gesamtkosten ausmachen. Jedoch wurde ein Gesamtanstieg der Heilmittelausgaben zwischen 2006 und 2011 um 29,8 % vermerkt, was wiederum zeigt, dass die therapeutischen Heilmittel eine immer bedeutendere Rolle im deutschen Gesundheitssystem spielen (Kemper et al. 2012).

Kinder erhalten in drei Lebensphasen besonders viele therapeutische Leistungen. In den ersten beiden Lebensjahren dominieren physiotherapeutische, kurz vor der Einschulung logopädische und kurz nach der Einschulung ergotherapeutische Maßnahmen (Waltersbacher 2016).

Kinder zwischen fünf und neun Jahren erhalten einen signifikant hohen Anteil der rezeptierten Ergotherapie (Waltersbacher 2016). Bei den AOK-Versicherten Kindern lag die Verordnungsquote

2015 bei Jungen bei 10 % und bei Mädchen bei 4,3 % (ebd.). Diese werden aus verschiedenen Gründen überwiegend mit den ICD-Diagnosen F82 („umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktion“), F90 („hyperkinetische Störungen“) oder G81 („Hemiparese und Hemiplegie“) als zunehmend behandlungsbedürftig eingestuft (Reindl, Schröder, Waltersbacher 2008; Waltersbacher 2016). Gründe hierfür können gesellschaftliche und/oder gesundheitliche Veränderungen seien, die in Kapitel 3.2 beschrieben sind.

Die Behandlung von Kindern stellt hiermit ein wichtiges ergotherapeutisches Aufgabenfeld dar. Auf der einen Seite ist ein Anstieg der ergotherapeutischen Leistung und dadurch eine Steigerung der Kosten in Bezug auf das Heilmittel Ergotherapie zu verzeichnen. Auf der anderen Seite gibt es Hinweise, dass der bestehende Behandlungsbedarf nur bei einem Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen erkannt und entsprechend therapeutisch behandelt wird (Ravens-Sieberer et al. 2008). So werden z. B. nur 6 % der untersuchten sechs bis achtjährigen Kinder mit der Diagnose ADHS ergotherapeutisch behandelt und etwa 2 % der Kinder mit der gleichen Diagnose, die eine medikamentöse Behandlung erhalten, bekommen zusätzlich eine ergotherapeutische Behandlung verschrieben (Gebhardt, Finne, Rahden, Kolip 2008).

Im Hinblick auf die Lebenslaufperspektive wird vermutet, dass eine frühzeitige ergotherapeutische Behandlung im Kindesalter neben einer Steigerung der aktuellen Lebensqualität zu einer geringeren Chronifizierung von Erkrankungen im Erwachsenenalter führt. Daher muss die Ergotherapie den immer deutlicher werdenden Forderungen der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nachkommen, die Wirksamkeit und somit die Notwendigkeit der Behandlung darzulegen (Kemper, Sauer, Glaeske 2012) und die Evidenz für verschiedene Behandlungskonzepte zu erbringen (George, Sauer, Tholen 2012). Wirksamkeitsnachweise hätten zur Folge, dass das medizinische Versorgungssystem nicht in den Verruf gerät, als „Ersatz für Erziehungskonzepte“ genutzt zu werden, sondern dass damit auf der Grundlage einer gezielten Diagnosestellung der wirkliche Behandlungsbedarf von Kindern und Jugendlichen erkannt und behandelt wird (ebd.). Eine Möglichkeit, um Evidenz nachzuweisen, bietet ein standardisiertes ergotherapeutisches Eingangs-Assessment, das eine Veränderung auf der Ebene der Betätigungsausführung darstellt und dadurch für Kinder und Eltern eine erkennbare Veränderung im Alltag misst. Die erste Version eines solchen Assessments für den deutschsprachigen Raum, das PEAP, wird in Kapitel 7 vorgestellt. Dieses Assessment entspricht zudem dem biopsychosozialen Modell, was die aktuelle gesellschaftliche Perspektive des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses abbildet, die im folgenden Kapitel thematisiert wird.

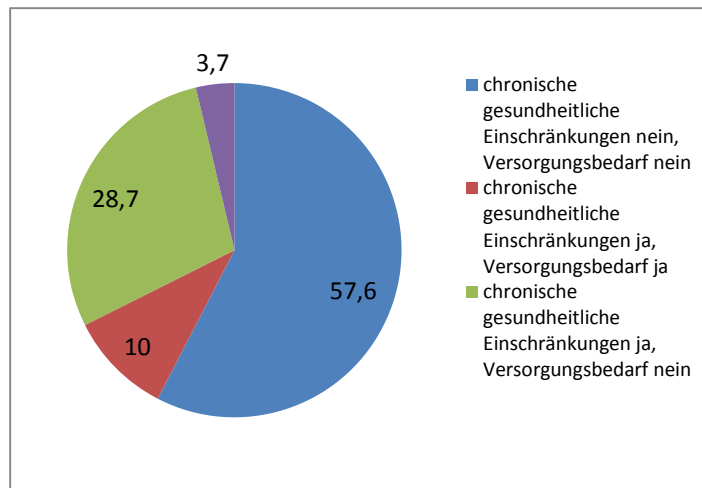
### 3.2 Gesellschaftliche Perspektive auf Gesundheit und Krankheit

Das Verständnis von Krankheit und Gesundheit ist immer kulturell geprägt (Tesak 2005). So vollzieht sich in den letzten 20 Jahren in der westlichen Kultur bezüglich der medizinischen Definition von Krankheit und Gesundheit ein Paradigmenwechsel von der vorher auf Diagnosen orientierten Definition (bio-medizinisches Grundkonzept) von Krankheit in Anlehnung an Klassifikationssysteme wie der ICD-10, der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (WHO 2005) hin zu einem diagnoseübergreifenden System, dass sich an dem Bedarf oder der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems, sowie funktioneller Beeinträchtigungen orientiert (Scheidt-Nave, Ellert, Thyen, Schlau: 2007). Hurrelmann erweitert den Gesundheitsbegriff der WHO als das

„Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das dann eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Freude vermittelt“ (Hurrelmann 2006: 146).

Dies zeigt, wie relevant neben den Risiko- und Schutzfaktoren die subjektive Einschätzung der Situation bezüglich der Gesunderhaltung ist (Krus & Bahr 2016). Die direkte Befragung der Kinder, um ihre Einschätzung bezüglich der Ausführung von Betätigung zu erhalten, ist notwendig, um zu erkennen, wo die Kinder ihre Schwierigkeiten, aber auch ihre Stärken sehen.

Diese veränderte Perspektive wird auch der Erkenntnis gerecht, dass „[...] Diagnosestatus und Versorgungsbedarf überlappende, aber keineswegs kongruente Konstrukte darstellen“ (Scheidt-Nave, Ellert, Thyen, Schlau: 2007: 750). So zeigt eine Befragung im Rahmen der BELLA-Studie bezüglich des Versorgungsbedarfes von Kindern mit mindestens einer chronischen gesundheitlichen Beeinträchtigung, dass für die Mehrzahl an Kindern mit Einschränkungen (gesamt 43,40 %) aus Elternsicht aktuell kein spezieller Versorgungsbedarf vorliegt (28,70 %). Im Gegensatz dazu gibt es die Gruppe, die keine chronischen gesundheitlichen Einschränkungen vorweist, bei der jedoch trotzdem ein Versorgungsbedarf vorliegt (3,70 %) (s. Abb. 3) (Scheidt-Nave et al. 2007).



**Abbildung 3: Darstellung Versorgungsbedarf von Kindern**

Diese Einschätzung steht im Zusammenhang mit dem subjektiven Erleben des Gesundheitszustandes, der sogenannte *experienced health* des Einzelnen (Ravens-Sieberer, Erhart, Wille, Bullinger 2008). Das Vorliegen einer medizinischen Diagnose, z. B. einer psychischen Erkrankung, korreliert nicht zwangsläufig mit dem individuellen Krankheits- bzw. Gesundheitsempfinden der betroffenen Person und der damit verbundenen Lebensqualität. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität, die ein multidimensionales Konstrukt darstellt, „[...] das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit (des Handlungsvermögens) aus subjektiver Sicht der Betroffenen beinhaltet“ (Schumacher et al. 2003: 2), und die medizinische Diagnose können sich somit überschneiden, stellen aber ebenso kein kongruentes Konstrukt dar (Ravens-Sieberer et al. 2007). Der Gesundheitsstatus einer Person lässt sich in objektive Gesundheit – darunter fallen alle mess- und beobachtbaren Faktoren – und in subjektive Gesundheit, welche die selbst wahrgenommene körperliche und psychische Verfassung und deren subjektive Bewertung impliziert, einteilen (Voelcker-Rehage 2012). Da häufig eine deutliche Diskrepanz zwischen der objektiven und der subjektiven Einschätzung vorliegt, ist eine Betrachtung beider Konstrukte notwendig, um ein Verständnis für die ganzheitliche Gesundheitssituation des Einzelnen zu erhalten (Knäuper & Schwarzer 1999; Pinquart 2001). Das PEAP legt den Schwerpunkt auf die subjektive Perspektive, da es an der individuellen Einschätzung von Seiten der Klientengruppe orientiert ist. Objektivität wird durch die Einschätzung des Therapeuten, der sich an den vorgegebenen Strukturen des Assessments orientiert, erwartet.

Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention haben Kinder ein Recht auf das höchste erreichbare Maß an Gesundheit. Das Konzept der Gesundheit, das sich aus dem Krankheitskonzept herausgebildet hat, wird als Normalzustand angesehen. Das Entstehen von zwei getrennten Konstrukten steigt mit der thematischen Auseinandersetzung. Zunehmende Erfahrung bezüglich Krankheit und Gesundheit führt zu der Erkenntnis, dass sich die Konstrukte voneinander

unterscheiden, aber in Verbindung zueinander stehen. (Dreher & Dreher 1999) Gesundheit ist nach der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Es ist ein positiver Zielzustand, der soziale und individuelle Ressourcen und Kompetenzen umfasst und die Voraussetzung zu einem selbstbestimmten und eigenverantwortlichen Leben in allen Altersstufen darstellt.

Jedoch werden die empfundene Lebensqualität und somit der individuell wahrgenommene Gesundheitszustand von gesellschaftlichen Strömungen und Veränderungen beeinflusst und, wie oben erwähnt, kulturell geprägt. Einfluss auf die gesellschaftliche Einteilung von Gesundheit und Krankheit haben Klassifikationssysteme wie das von der American Psychiatric Association (APA) entwickelte „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (dt.: „Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychiatrischer Störungen“). Es wurde von einem internationalen Team aus Psychologen und Ärzten überarbeitet, liegt jetzt als fünfte Version (DSM-5) vor (APA 2013) und listet anerkannte psychiatrische Erkrankungen auf. Das DSM-System basiert auf Symptomen. So muss eine gewisse Anzahl an Symptomen vorliegen, um von einer psychiatrischen Erkrankung einer Person zu sprechen. Umweltaspekte werden nicht gesondert beachtet (APA 2013). Nach Veröffentlichung des DSM-5 wurde von einer Beeinflussung auf das deutsche Kodierungssystem, der ICD, ausgegangen (Holtmann & Schimmelmann 2015). Die 2016 von DIMDI veröffentlichte endgültige Fassung, die ICD-10-GM Version 2017, hat die Adipositas bei Kindern und Jugendlichen neu als Erkrankung mit aufgenommen, jedoch weitere Anpassungen wie in der DSM-5 nicht übernommen.

Klassifikationssysteme wie die DSM-5 und der ICD-10-GM ziehen somit eine Grenze zwischen dem gesellschaftlich normalen und gesellschaftlich nicht akzeptablen bzw. somit als behandlungsbedürftig anerkannten Verhalten. Im Hinblick auf die Veränderungen von der vierten zur fünften DSM-Version wird deutlich, dass die Anzahl der möglichen Diagnosen deutlich gestiegen ist (Müller 2013). Es gibt neue Diagnosen wie u. a. *Disruptive Mood Dysregulation Disorder* (DMDD), unter die Kinder fallen, die leicht reizbar sind und zu Wutausbrüchen neigen. Diese Zunahme an Diagnosen kann zu einem weiteren Anstieg der als psychiatrisch erkrankt geltenden Menschen führen. So ist z. B. die Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) die häufigste psychische Störung bei Kindern und Jugendlichen, was sich in einer stetigen Zunahme der Verordnung von ADHS Medikamenten widerspiegelt (Bruchmüller & Schneider 2012). Gründe dafür können eine „Folge eines Abbaus einer jahrelangen Unterversorgung, das Ergebnis gesellschaftlicher Veränderungen oder auch das Resultat einer zunehmenden Ausweitung in der Indikationsstellung durch die Ärzte sein“ (Wild 2012: 137).

Ein quantitativer Erkrankungsanstieg muss somit immer vor dem Hintergrund kultureller und gesellschaftlicher Strömungen betrachtet werden. Gründe dafür müssen nicht zwangsläufig eine kränker werdende Gesellschaft, sondern können auch das vorherrschende Menschenbild, aus dem

heraus (kindliches) Verhalten bewertet wird, sein. Mead (1934 in Oerter, Hagen, Röper, Noam 1999) beschreibt Realität als gemeinsame Konstruktionsleistung, d. h. sie wird als ein Zusammenspiel zwischen individueller und gesellschaftlicher Konstruktion angesehen. Die Bewältigung der in 2.4.3 beschriebenen Entwicklungsaufgaben ist ein Beispiel dieses Zusammenwirkens. Das Individuum muss seine eigene Leistungsfähigkeit mit den Anforderungen der Gesellschaft abgleichen, „[...] um sein Ziel zwischen soziokultureller Norm und individueller Leistungsfähigkeit [zu] bestimmen“ (Oerter et al. 1999: 60). Schafft es dies nicht, so wird eine Abweichung des als normal geltenden Verhaltens deutlich, was häufig zu einer Versorgungsleistung in Form von medikamentöser Therapie oder, seltener, zur Verordnung eines Heilmittels (Ergo-, Physiotherapie und Logopädie) führt.

Die oben erwähnte subjektive und objektive Wahrnehmung von Gesundheit wie auch die Gesundheitsdefinition der Ottawa-Charta (WHO 1986) werden in der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) aufgegriffen. Diese markiert einen weiteren, wichtigen Schritt im Paradigmenwechsel des Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnisses und schlägt eine Brücke zwischen dem medizinischen, störungsorientierten Denken hin zur Einschätzung der Einschränkungen auf der Ebene der Partizipation/Aktivität. Sie zeigt zudem auf, was die Gesellschaft aktuell als „normal“ ansieht und wie sie ihre Wirklichkeit konstruiert, um „objektive Faktizität“ zu erlangen (Oerter et al. 1999: 46).

### **3.3 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit**

Die 2001 von der WHO verabschiedete Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) stellt die Weiterentwicklung der Internationalen Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen (ICDH; 1980) und eine Ergänzung zur Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10; 2011) dar (WHO 2005).

Im Gegensatz zur ICDH, die sich an einem Krankheitsfolgenmodell<sup>4</sup> orientiert und in ihrer Darstellung eine defizitorientierte Ausrichtung mit der Intention aufweist, Behinderungen zu klassifizieren, beschreibt die ICF Komponenten, die Auswirkungen auf das gesundheitliche Wohlbefinden des Menschen haben. Dabei wird der Lebenshintergrund der betroffenen Person beachtet. Sie ist von daher nicht nur auf Menschen mit Behinderungen bzw. medizinischen Diagnosen konzipiert, sondern universell anwendbar. Sie verknüpft die schädigungsorientierte medizinische mit der sozialen

---

4 Das Krankheitsfolgenmodell geht davon aus, dass Behinderung linear aus Krankheiten oder vergleichbaren Zuständen hervorgeht und beachtet nicht den Einfluss des sozialen Kontextes einer Person (Seidel 2005).

Denkweise (Amorosa 2011; Rentsch & Bucher 2005) und wird als ein biopsychosoziales Modell, das den Schwerpunkt gleichermaßen auf Ressourcen und Defizite legt, beschrieben. Zudem gilt die ICF als interdisziplinäres Modell, das den verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheitssystem eine gemeinsame Sprache zur Verfügung stellt. Durch die Komplementarität zur im nächsten Abschnitt beschriebenen ICD-10 entspricht sie der medizinischen Sprache und durch die Vermeidung von Fachbegriffen entsteht die Möglichkeit, Betroffene besser zu integrieren (Stein 2013). In Deutschland wurden wesentliche Aspekte der ICF ins neunte Buch des Sozialgesetzbuches (Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen) aufgenommen (Garnier, Stamm, Ewert, Stucki 2006).

Die ICF wurde zeitlich nach der ICD-10 entwickelt und stellt somit eine Erweiterung des Gesundheitsverständnisses der WHO dar. Die ICD-10 ist ein Diagnoseklassifikationssystem, das Gesundheitsprobleme (Krankheiten, Gesundheitsstörungen, Verletzungen usw.) nach medizinischen Aspekten klassifiziert und eine codierte Diagnose für den ambulanten und stationären Bereich generiert (DIMDI 2016). So sind z. B. unter F00–F99 psychische Störungen und Verhaltensstörungen zusammengefasst, die im Rahmen der ergotherapeutischen Heilmittel (s. Kapitel 3.1.2) einen großen Stellenwert einnehmen. Die ICF und die ICD-10 werden von der WHO als ergänzende Klassifikationssysteme beschrieben, da „[...] die ICD-10 eine ‚Diagnose‘ von Krankheiten, Gesundheitsstörungen oder anderen Gesundheitszuständen zur Verfügung stellt, und diese Information wird mit zusätzlichen Informationen zur Funktionsfähigkeit, welche die ICF liefert, erweitert“ (WHO 2005: 10). So kann deutlich gemacht werden, dass zwei Menschen mit der gleichen Krankheit ein unterschiedliches Maß an Funktionsfähigkeit aufzeigen, während zwei Personen mit den gleichen Funktionsfähigkeiten nicht das gleiche Gesundheitsproblem haben müssen (ebd.).

### **3.3.1 Aufbau der ICF**

Die ICF besteht zum einen aus einem Modell (DIMDI & WHO 2005), das das Zusammenspiel der verschiedenen gesundheitsrelevanten Aspekte aufzeigt. Zum anderen bietet sie ein Klassifikationssystem, das unten ausführlicher beschrieben wird.

Die in Abb. 4 dargestellten Komponenten des Modells stehen in Beziehung zueinander. Sie werden im Rahmen der ICF nicht linear, sondern dynamisch und sich gegenseitig beeinflussend beschrieben. Abhängig von dem Zusammenspiel der einzelnen Komponenten bildet sich der gesundheitsbezogene Zustand einer Person (Hirsch & Lorenzen 2004).





Abbildung 4: Darstellung des Modells der ICF

Das Modell beschreibt

„[...] den Entwicklungsprozess eines Gefüges normaler oder behinderter Funktionsfähigkeit als Zusammenwirken des Gesundheitszustandes der Person (Krankheit, Störung oder Trauma, aber auch des natürlichen Altersabbaus) mit ihrem gesamten Lebensumfeld.“ (Jerosch-Herold, Marotzki, Hack, Weber 2009: 46)

Gesundheitsprobleme werden als Produkt der Interaktion zwischen der Person (körperliche Funktionen und Strukturen und der Fähigkeit Aktivitäten auszuführen) und der Umwelt (reale Teilhabe an Aktivitäten) verstanden. Die ICF bietet neben dem Modell, das ein internationales Verständnis von Gesundheitsproblemen unterstützt, ein Klassifikationssystem, das die Beschreibung von Gesundheitsproblemen unterschiedlicher Schwere als gelebte Erfahrung erfasst (ebd.: 47f.).

Der Aufbau des Klassifikationssystems der ICF wird in zwei Teile untergliedert. Der eine Teil bezieht sich auf die Funktionsfähigkeit und die Behinderung, der zweite auf die Kontextfaktoren. Den beiden Teilen werden die Komponenten Körperfunktionen und -strukturen, Aktivitäten, Partizipation/Teilhabe, Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren zugeordnet, die sich wiederum in unterschiedliche Konstrukte aufteilen (s. Tab. 2) (Rentsch, Bucher, Tesak 2005: 19).

Die Domänen werden auf vier verschiedenen Item-Ebenen beschrieben und entsprechend kodiert. So ist z. B. „d“ die Ebene für Aktivität und Partizipation. Darunter fällt u. a. „d4 Mobilität“, was sich wiederum in „d455 sich auf andere Weise fortbewegen“ und schließlich in „d4554‘ schwimmen“ splittet.

Tabelle 2: Darstellung der verschiedenen Ebenen der ICF

International Classification of Functioning				Klassifikation
Funktionsfähigkeit und Behinderung		Kontextfaktoren		Teile
Körperfunktionen & -strukturen	Aktivitäten/Partizipation	Umweltfaktoren	Personenbezogene Faktoren	Komponenten
Änderung Körperfunktionen & -strukturen	Leistungsfähigkeit Leistung	Förderfaktoren Barrieren	Nicht weiter klassifiziert	Konstrukte
Item Ebene 1-4				Domänen

### 3.3.1.1 Funktionsfähigkeit und Behinderung

Unter den Körperfunktionen werden die physiologischen Funktionen von Körpersystemen wie z. B. die Sehfunktion einschließlich der psychologischen Funktionen verstanden (s. Tab. 3). Als Körperstrukturen werden die anatomischen Teile des Körpers wie Organe, Gliedmaßen und ihre Bestandteile zusammengefasst (s. Tab. 4). Von einer Schädigung wird gesprochen, wenn es zu einer Abweichung bzw. einem Verlust an Körperfunktion bzw. -struktur kommt. So ist z. B. der Verlust eines Armes eine Schädigung der Körperstruktur, stellt aber nicht zwangsläufig ein Gesundheitsproblem dar (DIMDI & WHO 2005).

Der Gesundheits- und der mit Gesundheit zusammenhängende Zustand eines Menschen kann durch Auswahl des oder der geeigneten Codes der Kategorien entsprechend der jeweiligen Domäne dokumentiert werden (s. Tab. 3; DIMDI & WHO 2005: 52ff. und Tab. 4; ebd.: 86ff.).

Tabelle 3: Beispiel der b-Klassifikation der ICF

(b) Klassifikation der Körperfunktionen
(b1) mentale Funktionen
Funktionen des Gehirns, des Bewusstseins, psychischer Energie, des Antriebs und der spezifischen mentalen Funktionen wie Funktionen des Gedächtnisses
(b147) Psychomotorische Funktion
Spezifische mentale Funktionen, die die Kontrolle über motorische und psychologische Vorgänge

auf körperlicher Ebene betreffen
Inkl. Funktionen, die die psychomotorische Kontrolle betreffen, wie bei psychomotorischer Retardierung, Erregung und Agitiertheit, Katatonie, Negativismus, Ambitendenz, Echopraxie und Echolalie; Qualität der psychomotorischen Funktionen
(b1471) Qualität der psychomotorischen Funktionen
Mentale Funktionen, die sich in einer angemessenen Abfolge und Art der Teilkomponenten nicht-verbalen Verhaltens äußern, wie Augen- und Handkoordination oder Gang

Tabelle 4: Beispiel der s-Klassifikation der ICF

(s) Klassifikation der Körperstrukturen
(s3) Strukturen, die an der Stimme und dem Sprechen beteiligt sind
(s320) Struktur des Mundes
(s3202) Struktur des Gaumens

Schädigungen in den Komponenten der Körperfunktionen und -strukturen können von unterschiedlicher zeitlicher Dauer und prognostischer Entwicklung sein (fortschreitend, stagnierend oder rückläufig) bzw. zeitlichen Schwankungen und entsprechenden Ausprägungen unterliegen. Sie werden von Fachleuten nach vorgegebenen Bewertungskriterien entsprechend dem Schweregrad als (a) Verlust oder Fehlen, (b) Minderung, (c) zusätzlich oder im Übermaß vorhanden oder (d) Abweichung eingestuft (DIMDI & WHO 2005: 19).

Als Aktivität wird im Rahmen der ICF die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung (Aktion) durch eine Person, verstanden. Die Partizipation/Teilhabe umfasst das Einbezogensein in eine Lebenssituation. So stellt z. B. das Treten der Pedale auf dem Fahrrad eine Aktivität dar, die Teilnahme an einer gemeinsamen Fahrradtour fällt jedoch unter den Bereich der Partizipation. Beeinträchtigungen in diesen Bereichen führen dazu, dass ein Mensch Schwierigkeiten aufweist, die entsprechenden Aktivitäten durchzuführen oder er Einschränkungen in Bezug auf sein Einbezogensein in Lebenssituationen wie z. B. der Teilnahme am Schulalltag erfährt. In der ICF werden Aktivitäten und Partizipation in einer gemeinsamen Liste geführt, die alle Lebensbereiche erfasst und von einfachen Leistungen wie z. B. Zuschauen bis hin zu komplexen Leistungen wie z. B. interpersoneller Interaktion differiert (s. Tab. 5) (DIMDI & WHO 2005: 97ff.). Beurteilt werden die Domänen nach Leistung (Performanz) und Leistungsfähigkeit (Kapazität). Unter Leistung wird

beurteilt, was der Mensch in seiner individuellen Umwelt an Aktivitäten/Teilhabe momentan ausführt. Die Leistungsfähigkeit hingegen beurteilt das „[...] höchstmögliche Niveau der Funktionsfähigkeit eines Menschen, eine Aufgabe oder eine Handlung durchzuführen“ (DIMDI & WHO 2005: 20). Die Leistungsfähigkeit wird in der Regel mit Hilfe von standardisierten Tests ermittelt. Eine Gegenüberstellung der Leistung und der Leistungsfähigkeit eines Menschen sagt etwas darüber aus, inwiefern die Umwelt angepasst werden sollte, um eine Leistungsverbesserung in den entsprechenden Domänen zu erzielen. Zudem wird deutlich, dass ein Leistungsproblem auch dann vorliegen kann, wenn die Person keine Schädigung der Körperfunktion oder -struktur aufweist. So ist es z. B. möglich, dass eine HIV-positive Person ohne jedes Symptom und mit ausreichenden arbeitsbezogenen Leistungsfähigkeiten aufgrund von Diskriminierung oder Stigmatisierung ihren Beruf nicht ausübt (DIMDI & WHO 2005).

**Tabelle 5:** Beispiel der d-Klassifikation der ICF

(d) Klassifikation der Aktivität und Partizipation/Teilhabe
(d1) Lernen und Wissensanwendung
Darunter fallen Lernen, Anwendung des Erlernten, Denken, Probleme lösen und Entscheidungen treffen
(d175) Probleme lösen
Lösungen für eine Frage oder Situation zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungsmöglichkeiten entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird, etwa, die Auseinandersetzung zweier Personen zu schlichten – inkl.: Einfache oder komplexe Probleme lösen
d1750 Einfache Probleme lösen
Lösungen für ein einfaches Problem, das ein einzelnes Thema oder eine einzelne Frage betrifft, zu finden, indem das Problem identifiziert und analysiert wird, Lösungen entwickelt und die möglichen Auswirkungen der Lösungen abgeschätzt werden und die gewählte Lösung umgesetzt wird

Die Einschätzung der Leistung und Leistungsfähigkeit in dieser Komponente wird von Fachleuten vorgenommen, wobei die Beurteilungsmerkmale von „Problem nicht vorhanden (0)“ bis zu „Problem voll ausgeprägt (4)“ bzw. „nicht anwendbar (9)“ (s. Tab. 6) variieren (DIMDI & WHO 2005: 95).

Tabelle 6: Beurteilungsmerkmale der Leistungsfähigkeit und Leistung

xxx.0 Problem nicht vorhanden	(ohne, unerheblich...)	kein, 0–4 %
xxx.1 Problem leicht ausgeprägt	(schwach, gering...)	5–24 %
xxx.2 Problem mäßig ausgeprägt	(mittel, ziemlich...)	25–49 %
xxx.3 Problem erheblich ausgeprägt	(hoch, äußerst...)	50–95 %
xxx.4 Problem voll ausgeprägt	(komplett, total...)	96–100 %
xxx.8 nicht spezifiziert		
xxx.9 nicht anwendbar		

Die zusätzlich angegebenen Prozentzahlen beziehen sich auf die Möglichkeit, die Kodierung der ICF mit kalibrierten Assessments, die Probleme der Leistung oder Einschränkung der Leistungsfähigkeit messen, in Konkordanz zu setzen (ebd.).

### 3.3.1.2 Kontextfaktoren

Die Kontextfaktoren, die in Wechselwirkung zu den Komponenten der Körperfunktion und -struktur sowie zur Aktivität/Partizipation stehen (s. Tab. 7), beziehen sich auf den Lebenshintergrund einer Person. Sie setzen sich aus den Komponenten der Umweltfaktoren und der personenbezogenen Faktoren zusammen.

Unter *Umweltfaktoren* wird im Rahmen der ICF die materielle, soziale und einstellungsbezogene Umwelt verstanden. Diese Faktoren liegen außerhalb der Person, können jedoch u. a. Handlungsfähigkeit, Körperfunktionen und -strukturen eines Menschen sowohl positiv als auch negativ beeinflussen und haben somit Einfluss auf den gesundheitsbezogenen Zustand des Individuums (s. Tab. 7) (DIMDI & WHO 2005: 125ff.). Die Umweltfaktoren werden unterteilt in

- (a) die Ebene des Individuums: die direkte, individuelle Umwelt eines Menschen wie z. B. der häusliche Bereich, die Schule, die materiellen Gegebenheiten, die persönlichen Kontakte einer Person;
- (b) die Ebene der Gesellschaft: Darunter werden die gemeinschaftlichen oder gesellschaftlichen Aspekte verstanden, die Auswirkungen auf das Individuum haben, z. B. kommunale Aktivitäten, Gesetze oder formelle und informelle Regeln (DIMDI & WHO 2005:22).

Tabelle 7: Beispiel der e-Klassifikation der ICF

(e) Klassifikation der Umweltfaktoren
<p>(e1) Produkte und Technologien</p> <p>Darunter fallen natürliche oder vom Menschen hergestellten Produkte oder Produktsysteme, Ausrüstungen und Technologien in der unmittelbaren Umwelt eines Menschen, die gesammelt, geschaffen, produziert oder hergestellt sind.</p>
<p>(e115) Produkte und Technologien zum persönlichen Gebrauch im täglichen Leben</p> <p>Von Menschen für ihre täglichen Aktivitäten benutzte Ausrüstungsgegenstände, Produkte und Technologien, in oder nahe beim Körper getragen, einschließlich solcher, die angepasst oder speziell entworfen sind</p> <p>Inkl.: Allgemeine und unterstützende Produkte und Technologien für den persönlichen Gebrauch</p>
<p>(e1151) Hilfsprodukte und unterstützende Technologien für den persönlichen Gebrauch im täglichen Leben</p> <p>Angepasste oder speziell entworfene Ausrüstungsgegenstände, Produkte und Technologien, die Menschen im täglichen Leben helfen, wie Prothesen und Orthesen, Neuroprothesen (z. B. Geräte zur funktionalen Stimulation, die Darm, Blase, Atmung und Herzfrequenz steuern) sowie Umfeldkontrollgeräte, die es dem Individuum erleichtern, seine häusliche Umgebung zu kontrollieren (Abtastverfahren (Scanning), aber auch Fernbedienungen, sprachgesteuerte Systeme, Zeitschaltuhren).</p>

Durch die Betrachtung der individuellen Umweltfaktoren wird deutlich, wo die Person Unterstützung und/oder Hemmnisse erfährt. So kann z. B. ein barrierefreier Zugang zu einer Schule einem Kind im Rollstuhl den Unterricht an der Regelgrundschule ermöglichen. Auf der anderen Seite kann ein Mangel an finanziellen Ressourcen einer Familie zur sozialen Ausgrenzung eines Kindes führen, da es an gewissen Freizeitaktivitäten nicht teilnehmen kann. Beide Aspekte haben Einfluss auf den gesundheitsbezogenen Zustand einer Person.

Die Umweltfaktoren werden anhand festgeschriebener Beurteilungsmerkmale jeweils als Barriere oder Förderfaktor klassifiziert. Die Skalierung umfasst auf der Negativ-Skala die Beschreibungen von „Barriere nicht vorhanden (0)“ bis zu „Barriere voll ausgeprägt (4)“ bzw. „nicht anwendbar (9)“. Auf der positiven Skala variieren die Förderfaktoren von „Förderfaktor nicht vorhanden (+0)“ bis zu „Förderfaktor voll ausgeprägt (+4)“ bzw. „nicht anwendbar (+9)“ (DIMDI & WHO 2005: 123f.). Somit können sowohl fördernde als auch hemmende Umweltfaktoren in unterschiedlicher Ausprägung dargestellt werden.

Die zweite Komponente bilden die personenbezogenen Faktoren. Diese umfassen den speziellen Lebenshintergrund eines Menschen wie Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, Alter, andere Gesundheitsprobleme, Fitness, Lebensstil, Gewohnheiten, Erziehung, Bewältigungsstile, sozialer Hintergrund, Bildung und Ausbildung, Beruf sowie vergangene oder gegenwärtige Erfahrungen, allgemeine Verhaltensmuster und Charakter, individuelles psychisches Leistungsvermögen und andere Merkmale. Sie können in ihrer Gesamtheit oder einzeln bei Behinderung auf jeder Ebene eine Rolle spielen. Die personenbezogenen Faktoren werden im Rahmen der ICF noch nicht weiter klassifiziert. Sie sind jedoch erwähnt, um mögliche Einflüsse auf den gesundheitsbezogenen Zustand einer Person aus dieser Richtung nicht unbeachtet zulassen (DIMDI & WHO 2005).

Die ICF umfasst somit die objektiv erfassbaren Dimensionen, die zum gesundheitlichen Gesamtzustand einer Person beitragen. Die subjektive Dimension der Funktionsfähigkeit und Behinderung (subjektives Wohlbefinden) ist dabei nicht eingeschlossen, bildet aber bei der Beurteilung von Lebensqualität in Bezug auf Gesundheit ein ebenso wichtiges Element (s. Kapitel 3.1).

Die Umsetzung und die Akzeptanz der ICF sind abhängig von der Anwendbarkeit der praktischen Nützlichkeit (Stucki, Ewert, Cieza 2002). Es handelt sich bei der ICF zwar um ein einheitliches Bezeichnungs- und Klassifikationssystem, nicht aber um ein konkretes Befunderhebungs- oder Messinstrument (Jerosch-Herold et al. 2009). Jedoch bietet sie u. a. ein Begriffsgerüst für die Entwicklung von Erhebungsinstrumenten. Hirsch & Lorenzen (2004) merken diesbezüglich an, dass die Nutzung der ICF-Kodierung aufgrund der hohen Anzahl an Items für den therapeutischen Alltag schwer umsetzbar erscheint. Auch sie schlagen zur verstärkten Umsetzung der Grundgedanken der ICF die Entwicklung von Assessment-Instrumenten vor. Dieser Idee wurde u. a. durch die Konzeption des Ergotherapeutischen Assessments (EA)<sup>5</sup> (Voigt-Radloff, Akkard, Seume 2003) realisiert. Auch das PEAP nutzt die Begrifflichkeiten der ICF. Zudem befasst sich aktuell eine Gruppe des PEAP-Teams mit der Verknüpfung zwischen Betätigungsfeldern und der ICF Kodierung. Da mit dem PEAP Betätigungsanliegen von Kindern erfasst werden, bezieht sich diese Verknüpfung überwiegend auf die ICF-CY, die im folgenden Kapitel beschrieben wird.

### **3.3.2 Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen**

Für den Bereich der Kinder und Jugendlichen wurde 2007 international eine eigene Version veröffentlicht, die ICF-CY (Children and Youth Version of ICF, WHO 2007). Diese erschien 2011 in

---

<sup>5</sup> Das EA ist ein in Deutschland entwickeltes, betätigungs- und ICF orientiertes und auf Selbst- und Fremdeinschätzung basierendes Befunderhebungsinstrument für erwachsene Klienten.

deutschsprachiger Version (WHO 2011) und orientiert sich in der Grundstruktur an der ICF (Amorosa 2011: 62). Neben der ICF bildet bei der ICF-CY die UN Kinderrechtskonvention (1989) eine weitere wichtige Grundlage. Hier erkennen die Vertragsstaaten an,

„[...] dass ein geistig oder körperlich behindertes Kind ein erfülltes und menschenwürdiges Leben unter Bedingungen führen soll, welche die Würde des Kindes wahren, seine Selbständigkeit fördern und seine aktive Teilnahme am Leben der Gemeinschaft erleichtern.“ (Artikel 23 Rechte von behinderten Kindern)

Motivation für die Entwicklung einer Kinder- und Jugendversion war die Erkenntnis, dass ein differenzierteres Beschreibungssystem nötig ist, um die Veränderungen, die der Mensch innerhalb der ersten zwei Lebensjahrzehnte erfährt, besser abbilden zu können (Jerosch-Herold et al. 2009). So lassen sich in dieser Alterskategorie aufgrund der verschiedenen Entwicklungsgeschwindigkeiten eher Abweichungen als stabile Funktionsstörungen finden. Diese sind bei der Einstufung der Schwere der Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Aus diesem Grund beinhaltet die ICF-CY den Begriff und das Konzept der Entwicklungsverzögerung. Zudem wirken die Umweltfaktoren bei Kindern und Jugendlichen neben dem moderierenden und vermittelnden Element anders als beim erwachsenen Menschen als notwendige Bedingung von Entwicklung. Des Weiteren variiert die Gestaltungsmöglichkeit von Beziehungen in dieser Altersgruppe entsprechend der kindlichen Entwicklung deutlich (Amorosa 2011; Stein 2013; WHO 2011)

Laut Amorosa (2011) wurden in der ICF-CY Definitionen angepasst und ausgeweitet, neue Items hinzugefügt, Empfehlungen für die Verwendung einiger existierender Items gegeben und die Beurteilungsmerkmale erweitert. So wurde z. B. die Definition zu „d3503 Sich mit einer Person unterhalten“ um folgende Vorläuferfähigkeiten ergänzt: mit einer Person einen Austausch oder Dialog zu initiieren, aufrecht zu erhalten, zu gestalten und zu beenden, etwa *innerhalb des präverbalen oder verbalen Spiels, der stimmlichen oder verbalen Interaktion zwischen Mutter und Kind oder* mit einem Freund über das Wetter zu sprechen (WHO 2011: 183). Neue Items wie „d331 Präverbale Äußerungen“, „d332 Singen“ oder „d446 Feinmotorischer Gebrauch der Füße“, wurden dem bestehenden ICF-Katalog hinzugefügt. Diese vorübergehende Lösung soll bei einer geplanten Revision der ICF-CY diskutiert werden.

Ebenso wie die ICF stellt auch die „[...] ICF-CY kein Untersuchungsinstrument dar. Sie muss für die konkrete Anwendung im Bereich der Befunderhebung heruntergebrochen werden.“ (Amorosa 2011: 63). Das in Kapitel 7 vorgestellte Pädiatrisch-ergotherapeutische Assessment- und Prozessinstrument (PEAP) nutzt die ICF-CY als Grundstruktur und bricht die als schwer anwendbar beschriebene Komplexität herunter, um eine praktische Anwendung zu ermöglichen.



### 3.4 Die ICF in Bezug zur Ergotherapie

Wie oben bereits erwähnt, dient die ICF u. a. dazu, in den Gesundheitsberufen eine gemeinsame, interdisziplinäre Sprache zu finden, welche die alltäglichen Einschränkungen des Menschen in den Vordergrund stellt und nicht auf der Ebene der medizinischen Diagnose bleibt. Aufgrund dessen ist die Klassifikation auch für die Ergotherapie interessant (Stamm, Cieza, Machold, Smolent 2006). Zudem ist es für die Entwicklung eines ergotherapeutischen Assessmentsystems sinnvoll, sich im Hinblick auf Interdisziplinarität und internationale Verständlichkeit an einem Klassifikationssystem wie der ICF zu orientieren (Bollinger 2006). Eine Überschneidung zwischen den Grundstrukturen der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle (s. Kapitel 5) und der ICF wurde in der Vergleichsstudie von Stamm et al. (2006: 17) deutlich: „The findings of the present study demonstrate that there are strong conceptual connections between the ICF and occupational therapy models, which encourage occupational therapists to use the ICF in their practice“.

Das Ermöglichen individuell bedeutungsvoller Betätigungen wird in der englischsprachigen Literatur bereits seit zwei Jahrzehnten als Kernelement und Ziel der Ergotherapie beschrieben (Reed & Sanderson 1999; Yerxa, Clark, Frank, Jackson et al. 1990) und weiterentwickelt.

„All people need to be able or enabled to engage in the occupations of their need and choice, to grow through what they do, and to experience independence or interdependence, equality, participation, security, health, and well-being“ (Wilcock & Townsend 2008: 198).

Die Sichtweise, Menschen als *occupational beings* wahrzunehmen, spiegelt sich in den ergotherapeutischen Inhaltsmodellen. Diese gehen von der Person, der Betätigung und der Umwelt als sich bedingenden Grundkonzepten aus, die gleichsam auch in der ICF wiederzufinden sind (Kjeken & Lillemo 2006). Jedoch gibt es auch Unterschiede. So wird z. B. beim Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E; s. Kapitel 5.1.2) die Person mit ihren spirituellen, sozialen und kulturellen Erfahrungen als Mittelpunkt beschrieben (CAOT 1997). Die ICF benennt die personenbezogenen Faktoren im Bereich der Kontextfaktoren, die im Gegensatz zu den anderen Elementen aktuell noch nicht weiter klassifiziert (Kjeken & Lillemo 2006), jedoch in mehreren Komponenten der ICF wiederzufinden sind (Garnier, Stamm, Ewert, Stucki 2006). Hierbei muss zudem beachtet werden, dass die Person im kanadischen Modell (CMOP-E) und die personenbezogenen Faktoren aus der ICF nicht genau das gleiche Konstrukt beschreiben. Unter personenbezogene Faktoren werden Aspekte aufgezählt, die eine Person als einzigartig ausmachen, jedoch nicht Teil ihres Gesundheitszustandes sind. Diese Faktoren können nicht durch eine Erkrankung eingeschränkt werden, wohl aber positive oder negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Klienten haben (Stamm et al. 2006). Im kanadischen Modell wird die Person als „[...] an integrated whole who incorporates spirituality, social and cultural experiences and

observable occupational performance components“ (CAOT 1997: 41f.), beschrieben. Die Performanzkomponenten werden in affektive (soziale und emotionale Funktionen), kognitive (mentale Funktionen) und physische Komponenten (sensorische, motorische und sensomotorische Funktionen) unterteilt; sie können durch die Erkrankung betroffen sein und dadurch die Betätigungsperformanz unterstützen oder einschränken (CAOT 1997). Sie werden bei der ICF als Körperfunktionen und -strukturen bezeichnet.

Ein weiterer Unterschied kann darin gesehen werden, dass das Ausmaß der Einschränkung bei der ICF von Fachpersonal (z. B. Ärzten, Therapeuten) durchgeführt wird – d. h. die subjektive Wahrnehmung des Klienten bezüglich der Durchführung von Aktivitäten/Teilhabe wird nicht erhoben „[...] and therefore does not separate out or acknowledge a possible difference between the patient’s perspective and the perspective of external observers“ (Kjeken & Lillemo 2006: 141). Für Ergotherapeuten ist die subjektive Bedeutung, die eine Person durch die Teilhabe an einer bestimmten Betätigung erfährt, jedoch ein wichtiger Faktor. Aus der Perspektive des CMOP-E ist es somit nicht ausreichend, Personen, wie bei der ICF vorgeschlagen, bei der Betätigungsausführung zu beobachten (Townsend & Polatajko 2007). Aufgrund dessen wird bei ergotherapeutischen Assessments wie z. B. dem Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al. 2011) die subjektive Einschätzung des Klienten erhoben und dieser Gedanke demzufolge auch im PEAP-Assessment aufgegriffen.

In der ICF werden Aktivitäten und Partizipation als zwei verschiedene Konstrukte beschrieben. Die Unterteilung in den Domänen erfolgt anschließend in einer Liste, die keine expliziten Unterschiede darstellt. In der ergotherapeutischen Literatur wird deutlich, wie relevant eine Differenzierung dieser Konstrukte für die Disziplin ist (s. Kapitel 4.2) (Townsend & Polatajko 2007).

Somit kommen Stamm et al. (2006) zu dem Schluss, dass ergotherapeutische Inhaltsmodelle wie das CMOP (aktuelle Version: CMPO-E) in vielen Aspekten mit der ICF übereinstimmen, jedoch nicht vollständig kongruent sind. Die ICF allein reicht Ergotherapeuten nicht als professionelle Sprache aus (Haglund & Henriksson 2003). Dadurch ist es notwendig, die ICF in Kombination mit einem ergotherapeutischen Inhaltsmodell zu nutzen.

### 3.5 Zusammenfassung

In dem vorliegenden Kapitel werden vor dem Hintergrund der gesundheitsbezogenen Lebenslaufperspektive die Auswirkungen chronischer Erkrankungen im mittleren Lebensalter thematisiert, da Kinder dieser Altersspanne häufig therapeutische Leistungen in Anspruch nehmen. Der Anstieg chronischer Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter wird als „neue Morbidität“ bezeichnet, was die Verschiebung der Erkrankungen von akut zu chronisch und von somatisch zu psychischen Einschränkungen umfasst. Diese Einschränkungen haben Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Kinder. Es wird vermutet, dass eine frühzeitige ergotherapeutische Behandlung im Kindesalter zu einer Steigerung der Lebensqualität führt. Um hierfür Wirksamkeitsnachweise zu erbringen, muss die Ergotherapie auf Betätigungsebene Forschungsprojekte durchführen. Eine Grundlage, um die Evidenz nachzuweisen, ist ein standardisiertes ergotherapeutisches Eingangs-Assessment, das Veränderungen auf Ebene der Betätigungsausführung misst. Die Bewertung der Betätigungsausführung durch das Individuum findet in einem ständigen Austausch zwischen der eigenen Leistungsfähigkeit und den Anforderungen der Gesellschaft statt und unterliegt sowohl objektiven als auch subjektiven Einschätzungen, weshalb das Kapitel zudem die gesellschaftliche Perspektive auf Gesundheit und Krankheit thematisiert. Hier nimmt die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) eine entscheidende Rolle ein, da sie als interdisziplinäres und biopsychosoziales Modell eine theoretische Grundlage für verschiedene pädagogische, medizinische und therapeutische Disziplinen darstellt. Zur verstärkten Umsetzung der Grundgedanken der ICF wird die Entwicklung von Assessment-Instrumenten vorgeschlagen. Aufgrund dessen und wegen der Kompatibilität mit den Grundgedanken der Ergotherapie wurde sie für die Entwicklung des PEAP herangezogen. Das PEAP soll als pädiatrisches Assessment Veränderungen auf Betätigungsebene abbilden. Zudem findet die Konzeption des PEAP auf Basis zweier konzeptioneller ergotherapeutischer Modelle statt, auf die im folgenden Kapitel eingegangen wird. Um den aktuellen Stand der Ergotherapie nachvollziehbar zu erläutern, wird jedoch zuerst auf die Entwicklung des Berufes eingegangen.

## 4 Ergotherapeutische Perspektive

---

Ergotherapie wird in Deutschland dem Heilmittelbereich zugeordnet und ist als medizinisch-therapeutische Leistung zu verstehen.

„Heilmittel sind persönlich zu erbringende, ärztlich verordnete medizinische Dienstleistungen, die nur von Angehörigen entsprechender Gesundheitsfachberufe geleistet werden können. Hierzu gehören Behandlungen mit Maßnahmen aus den Bereichen der Physikalischen Therapie (zum Beispiel Krankengymnastik, Massage oder Lymphdrainage), der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie der Ergotherapie“ (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2012).

Die Erbringung der Heilmittel ist durch die Heilmittelrichtlinie geregelt. Einen wesentlichen Bestandteil nimmt hiervon der Heilmittelkatalog ein, der beschreibt „[...] welche Heilmittel in welchem Umfang bei welchen Diagnosen im Regelfall zu einer medizinisch angemessenen und wirtschaftlichen Versorgung führen“ (Heilmittelkatalog 2011). Die Heilmittelrichtlinie beziehen sich nur auf die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die ihrerseits im fünften Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V) geregelt ist. Die GKV hat die Aufgabe, „die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu verbessern (§1 SGB V)“ (Heilmittelkatalog 2011). Dafür können die Versicherten von einem Vertragsarzt der GKV Dienstleistungen wie z. B. Ergotherapie erhalten<sup>6</sup>. Ergotherapie kann im pädiatrischen Bereich in verschiedenen Versorgungssektoren geleistet werden, entweder im ambulanten Sektor (z. B. ergotherapeutische Praxen, Kinderambulanzen), im teilstationären Sektor (z. B. Kindertagesstätten, Förderschulen) oder im stationären Sektor (z. B. Kinderkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken) (Brasseit & Walter 2005).

Durch die 2007 nach längerer Diskussion vom Deutschen Verband der Ergotherapeuten (DVE) verabschiedete Definition wird deutlich, welche Aufgaben Ergotherapeuten in den verschiedenen Institutionen ausführen.

„Ergotherapie begleitet, unterstützt und befähigt Menschen, die in ihren alltäglichen Fähigkeiten eingeschränkt sind oder von Einschränkungen bedroht sind. Diesen Menschen soll es ermöglicht werden, für sie bedeutungsvolle Betätigungen in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit in ihrer Umwelt durchführen zu können. Ziel der Ergotherapie ist es, Betätigung zu erreichen, gleichzeitig wird Betätigung als therapeutisches Medium eingesetzt“ (DVE 2007).

---

<sup>6</sup> Weitere Kostenträger wie u. a. die gesetzliche Renten- oder Unfallversicherung übernehmen ebenfalls die Kosten für anfallende Heilmittel. Da sich diese Arbeit auf den pädiatrischen Bereich fokussiert, der momentan überwiegend von der GKV finanziert ist, wird an dieser Stelle nicht weiter auf andere Finanzierungsmöglichkeiten eingegangen.

Eine Berufsdefinition ist der Versuch, die wichtigsten Aspekte und Inhalte einer Disziplin in verdichteter Form darzustellen. Dadurch trägt sie auch zur Identitätsbildung einer Berufsgruppe bei (Götsch 2007). In der aktuellen Definition wird deutlich, dass sich Ergotherapie nicht nur auf die therapeutische Begleitung von Menschen mit Erkrankungen beschränkt, sondern ihr Aufgabenfeld in den Bereich der Prävention ausweitet. Der Begriff der bedeutungsvollen Betätigung findet mehrfach Erwähnung, zudem werden Betätigungsbereiche, die menschliches Handeln umfassen, benannt. Dadurch wird deutlich, dass die deutsche Ergotherapie in ihrer Berufsdefinition eine Bindung an die ergotherapeutischen Modelle (s. Kapitel 5) sucht. Diese Definition ist für die deutschen Ergotherapeuten richtungsweisend, da sich die Berufsgruppe immer noch im Übergang vom mechanistischen zum aktuellen Paradigma (s. Kapitel 4.1) befindet und den Spagat zwischen der medizinisch ausgerichteten Behandlung erkrankter Menschen hin zur verstärkt holistischen Sichtweise auf das Entstehen von Krankheit und den Erhalt von Gesundheit vollbringen muss. Das PEAP (s. Kapitel 7) versucht ebenfalls, Aspekte aus den beiden Paradigmen zu vereinigen. Auf der einen Seite ist es überwiegend für Therapeuten konzipiert, die im ambulanten oder teilstationären Bereich der Tertiärprävention<sup>7</sup> tätig sind, was dem „klassischen“ Aufgabengebiet der Ergotherapie im mechanistischen Paradigma entspricht. Auf der anderen Seite ist die Konzeption des Instrumentes mit den Begrifflichkeiten und dem Vorgehen im aktuellen Paradigma verortet. Das PEAP stellt dadurch für Ergotherapeuten im „klassischen“ Arbeitsfeld eine Möglichkeit dar, die Inhalte des momentan vorherrschenden Paradigmas in die Praxis zu übertragen.

Die Ergotherapie hat, ähnlich wie z. B. die Psychomotorik, entsprechend dem Wandel des Menschenbildes verschiedene Perspektiven eingenommen bzw. durchlaufen. So zeigt die funktionale Perspektive der Psychomotorik<sup>8</sup> mit ihrer Orientierung an der medizinisch-defizitären Sichtweise (Fischer 2009) Ähnlichkeiten mit der Perspektive der Therapeuten im mechanistischen Paradigma der Ergotherapie. Die ökologisch-systemische Perspektive der Psychomotorik öffnet den individuumszentrierten Fokus zugunsten der Betrachtung des Kindes in Interaktion mit der Umwelt (ebd.) und ähnelt darin dem aktuellen Paradigma der Ergotherapie. Die ökologisch-systemische Perspektive der Psychomotorik richtet ihren Fokus auf den partnerschaftlichen Dialog, um die relevantesten Lebensthemen des Kindes zu verstehen (Seewald 1993). Dies kommt der

---

<sup>7</sup> Tertiärprävention lässt sich mit den Begrifflichkeiten Rehabilitation und medizinisch-therapeutische Behandlung gleichsetzen und bezieht sich auf die Vermeidung von Rückfällen oder Reduzierung der Folgeschäden bei einer erkrankten Person. Im Gegensatz dazu steht die Primärprävention für die Vermeidung von Krankheiten bei gesunden Menschen und die Sekundärprävention für die Reduzierung der Krankheitsentstehung (Mulzheim 2010: 18).

<sup>8</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht auf alle Ansätze der Psychomotorik Bezug genommen. Es werden die für die Ausarbeitung relevanten Ansätze aufgegriffen.

klientenzentrierten Vorgehensweise nahe (s. Kapitel 6.2.2), die ebenfalls im aktuellen ergotherapeutischen Paradigma propagiert wird.

Die ökologisch-systemische Perspektive gründet ihre Annahmen auf Uri Bronfenbrenners Entwicklungstheorie (1981; 1989), die stark von den Erkenntnissen Kurt Lewins geprägt wird. Dieser nutzt 1936 als erster den Begriff der Ökologie im Entwicklungskontext, worunter eine Interaktion zwischen Mensch und Umwelt zu verstehen ist (Fischer 2009). Der ökologische Ansatz Bronfenbrenners (1981; 1989) beschreibt die Umwelt in vier Systemen (Mikro-, Meso- Exo-, und Makrosystem), die zueinander in Wechselwirkung stehen. Diese wurden von Polatajko (2014) mit dem CMOP-E (s. Kapitel 5.1.2) verbunden, um das erweiterte Denken der Ergotherapie in Bezug auf ihre Arbeit mit Gruppen, Familien, Schulen oder Gemeinden (Schöpfs 2016) darzustellen. Das daraus entstandene Modell nennt Polatajko das „ökologische Modell der gemeinwesenorientierten Ergotherapie“; es ist in Abbildung 5 von Schöpfs (2016) auf die deutschsprachige Ergotherapie übertragen worden.

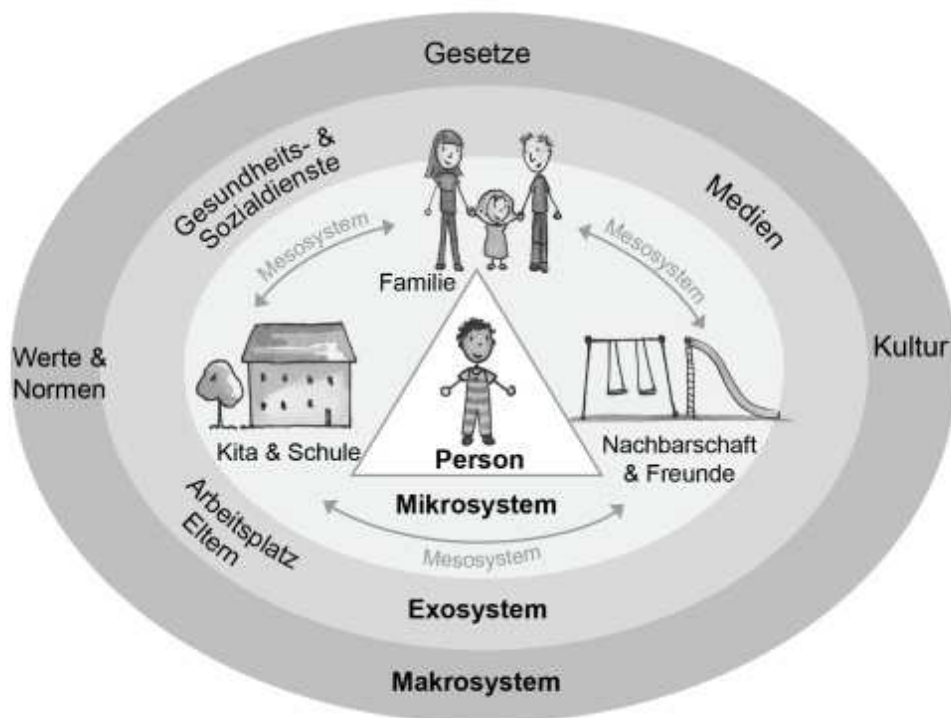


Abbildung 5: Darstellung des ökologischen Modells mit der Verknüpfung des CMOP-E

Es wird deutlich, dass Ergotherapie und Psychomotorik ein ganzheitliches Menschenbild zugrunde liegt, dass sich an der kindlichen Lebenswelt und der kindlichen Entwicklung orientiert (Fischer 2009). Erweitert wird die Psychomotorik durch die systemische Bewegungstherapie, die sich auf den systemisch-konstruktivistischen Ansatz von Balgo (1998) bezieht. Intention der systemischen Bewegungstherapie ist es,

„[...] Rahmenbedingungen für den individuellen Veränderungsprozess des Kindes [zu] schaffen. Diagnostik wird eingesetzt, um die Kompetenzen und Ressourcen des Kindes ausfindig zu machen, die dann gestärkt werden können. Wichtig ist dabei eine partnerschaftliche, empathische Beziehung zwischen zwei oder mehreren autonomen und gleichberechtigten Menschen“ (Fischer 2009: 237).

Der Grundgedanke der Partnerschaftlichkeit zeigt sich ebenfalls im aktuellen ergotherapeutischen Denken (s. Kapitel 6.2.2), wobei neben den Kompetenzen und Ressourcen die Defizite und Barrieren im Fokus stehen.

Um die Entwicklung der Ergotherapie als Gesamtes darzustellen, was u. a. Auswirkungen auf die Assessmententwicklung hat, wird im Folgenden die Veränderung des Berufsbildes anhand der verschiedenen Paradigmen skizziert und die entsprechenden terminologischen Schwerpunkte werden aufgezeigt.

## 4.1 Paradigmen der Ergotherapie

Kuhn (1976) vertritt die Auffassung, dass Wissenschaftsentwicklung nicht geradlinig verläuft, sondern es Phasen von „normaler“ Wissenschaft gibt, die von Perioden „revolutionärer“ Wissenschaft erschüttert werden. Das Paradigma bildet in der Phase der „normalen“ Wissenschaft die Basis bzw. „[...] die ganze Konstellation von Meinungen, Werten, Methoden usw. die von den Mitgliedern einer gegebenen Gemeinschaft geteilt werden“ (Kuhn 1976: 186). In den „revolutionären“ Phasen wird das vorherrschende durch ein neues Paradigma in Frage gestellt und schließlich überwunden. Diesen Übergang vom alten zum neuen Paradigma bezeichnet Kuhn (1976: 107) als „wissenschaftliche Revolution“. Die Phasen der Wissenschaftsentwicklung, die Kuhn für die Naturwissenschaften ausgeführt hat, lassen sich, wie Schmidt (1981) zeigt, auch auf die Psychologiegeschichte und somit auf sozialwissenschaftlich orientierte Disziplinen übertragen. In Bezug auf die Ergotherapie formuliert Creek (in Hagdorn 2000a) ein Paradigma als „eine anerkannte Gesamtheit von Wissen, die berufliche Einheit und Praxis erklärt und begründet, die alle Belange, Konzepte und Erfahrungen des Berufes einbezieht und Werte und Engagement bestimmt.“ Die Veränderungen der Ergotherapie werden an drei verschiedenen Paradigmen festgemacht, die ihren Ursprung jeweils in angelsächsischen Ländern hatten und mit zeitlicher Verzögerung nach Deutschland kamen. Grob skizziert, wird der Weg der Ergotherapie, bei Polatajko (2007) beginnend mit einem Angebot von verschiedenen Aktivitäten als Ablenkung, über den Einsatz von Aktivitäten zum therapeutischen Zweck bis hin zum Ermöglichen

von bedeutungsvoller Betätigung beschrieben. Um diese Veränderung und somit auch die unterschiedliche Herangehensweise zu verstehen, ist es jedoch notwendig, einen Blick in die Entwicklung der ergotherapeutischen Disziplin zu werfen (Bauerschmidt & Nelson 2011).

#### 4.1.1 Entwicklung in den anglophonen Ländern

Die ersten Entwicklungen der Ergotherapie fanden in den anglophonen Ländern (USA, Kanada und England) statt. In den USA lassen sie sich bis ins 18. Jahrhundert, in die Zeit des *moral treatment*, zurückverfolgen. Die Vertreter des *moral treatment*, das auch als Präparadigma der Ergotherapie bezeichnet wird, handelten nach einem Grundsatz „[...] on the respect and dignity for all humans and their need to participate in daily occupations“ (Kuczynski & Richard 2010: 25). Die Erkenntnis, dass es Menschen mit Erkrankungen besser geht, wenn sie einer Beschäftigung nachgehen, hielt im frühen 19. Jahrhundert Einzug in Krankenhäuser und machte die Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen humaner (ebd.). Aufgrund dessen wurde diese Art der Behandlung als *human treatment*, *ergotherapy* oder *moral treatment* bezeichnet (Gilfoyle 1984: 578).

##### 4.1.1.1 Paradigma der Betätigung (*paradigm of occupation*)

Mit dem Fortschreiten der Industrialisierung entwickelte sich zu dieser gegen Ende des 19. Jahrhunderts eine Gegenbewegung, bezeichnet als *arts and crafts movement*. John Ruskin, einer der Gründer dieser Bewegung, kritisierte, dass der Mensch nur noch als verlängerter Arm der Maschinen gesehen wird und keinen Bezug mehr zu den Produkten hat. Das *arts and crafts movement* propagierte einen authentischen Lebensstil, bei dem für die Herstellung von handgemachten, einfachen Produkten überwiegend Naturmaterialien verwendet wurden (Levin 1987). Diese Bewegung hatte ebenfalls Einfluss auf die Behandlung von Patienten. So erkannte Herbert Hall, dass für seine psychiatrisch erkrankten Patienten die damalige medizinische Vorgehensweise allein, in der die Erkrankung als physiologischer Prozess, der funktional betrachtet wurde, nicht ausreichend war. (ebd.) *Arts and crafts*, das Herstellen von Produkten, zu denen der psychisch oder physisch erkrankte Mensch einen Bezug hatte und die teilweise in Geschäften verkauft wurden, war ein zentraler Fokus der frühen ergotherapeutischen Praxis und wurde erfolgreich von den Gründern des Berufes eingesetzt (Cole & Tufano 2008). Aus dieser Bewegung entwickelte sich der handwerklich-gestalterische Ansatz als erste und identitätsprägende Therapieform der Ergotherapie (Kraus 2009). Die gemeinsame Überzeugung des Paradigmas der Betätigung lag laut Meyer (1977) hierin:

„[...] to give opportunities to work, to do plan and create and to learn to use material [...] [this] was necessary to maintain a balance between work and play and rest and sleep [...] [and] helped promote achievement in healthy harmony with human nature“ (Kuczynski & Richard 2010: 27).

Beeinflusst durch den ersten Weltkrieg (1914–1918), der eine große Anzahl an traumatisierten und körperlich verehrten Menschen hervorbrachte, erlebte der Beruf eine gesteigerte Nachfrage, die zu



einem verstärkten Ruf nach einer Standardisierung der Ausübung und der Ausbildung führte. Um die begonnene Standardisierung, die u. a. mit der Gründung des amerikanischen Berufsverbandes 1917 oder der Eröffnung der ersten Ergotherapieschule 1918 deutlich wurde, zu festigen und zu erweitern, wählte die Profession die Medizin als enge Bezugswissenschaft (Kuczynski & Richard 2010).

#### 4.1.1.2 Mechanistisches Paradigma

In den späten 1920er Jahren wurde der Beruf aufgrund dieser gewählten Bezugswissenschaft verstärkt vom medizinischen Denken beeinflusst. Besonders deutlich wurde dies durch die überwiegend rehabilitative Behandlung auf einem technischen Niveau der Veteranen des zweiten Weltkrieges, die einen hohen Bedarf an medizinischer Versorgung hervorriefen. Interventionen wurden jedoch zu dieser Zeit ohne klaren Bezug zu Theorien durchgeführt (Kuczynski & Richard 2010).

In den 1960er Jahren begannen Ergotherapeuten, sich gemäß der reduktionistischen Sichtweise auf bestimmte Krankheitsbereiche wie z. B. Verbrennungen zu spezialisieren und entwickelten verschiedene therapeutische Ansätze, die ihren Schwerpunkt in einer Verbesserung der Funktionen (s. Kapitel 4.3.4) hatten, die einer Betätigung zugrunde liegen. Mit der Fokussierung auf die körperlichen Funktionen eines Menschen begann eine Phase der intensiven ergotherapeutischen Forschung, die jedoch gleichzeitig mit einer Abkehr von der Betätigung als Hauptmerkmal des Berufes einherging (Kielhofner & Burke 1980). Diese komponentenbezogene Praxis (Mc Laughlin 1998) mit dem Schwerpunkt auf z. B. der Verbesserung von Feinmotorik, Kognition oder Motivation führte dazu, dass Therapeuten Patienten Aktivitäten anboten, die eine Verbesserung der Funktion versprachen, wobei jedoch irrelevant war, ob diese Aktivitäten Bedeutung für den Patienten hatten. So wurde häufig eine von der Einrichtung vorgegebene Aktivität wie z. B. Korbflechten mit dem Patienten durchgeführt. Das Ziel lag auf der Funktionsebene z. B. Verbesserung der Hand-Auge-Koordination. Diese Herangehensweise beruht auf der Annahme, dass eine Verbesserung der Körperfunktion automatisch die Ausführung einer Betätigung im Alltag positiv beeinflusst (ebd.). Dieses Vorgehen wird von Trombly (1993) als *bottom-up-Ansatz* (s. Abb. 6) beschrieben.

“A bottom-up approach to assessment and treatment focuses on the deficits of components of function, such as strength, range of motion, balance and so on, which are believed to be prerequisites to successful occupational performance or functioning“ (Trombly 1993: 253).

So wird an Körperfunktionen wie der Verbesserung des Gleichgewichtes gearbeitet, was für ein Kind eine wichtige Voraussetzung zum Erlernen des Fahrradfahrens sein kann. Jedoch wird den Patienten und ihren Angehörigen häufig der Bezug zwischen den verbesserten Funktionen und dem Ausführen einer Betätigung und/oder einer sozialen Rolle nicht verdeutlicht, was zu Verwirrung und Unzufriedenheit auf beiden Seiten führt (Coster 1998; Trombly 1993).

#### 4.1.1.3 Aktuelles Paradigma

In den späten 1960er Jahren begann in den USA, aber auch in Kanada die Erforschung der gemeinsamen Theorien und Grundlagen des Berufes und mit ihr die Ablösung der starken Bindung an die Medizin hin zu mehr sozialwissenschaftlichen Professionen wie der Psychologie, Soziologie oder Pädagogik. Ergotherapeuten entwickelten Bezugsrahmen, um die Komplexität der Disziplin abzubilden (Cole & Tufano 2008). Das Fehlen einer gemeinsamen ergotherapeutischen Identität und der Aufruf von Reily (1962) zur Rückkehr zum zentralen Fokus der Profession, der Betätigung (Kielhofner 2004; Kielhofner & Burke 1980), führten zur Entwicklung der ersten ergotherapeutischen Inhaltsmodelle wie z. B. dem Model of the Profession and the Concept of Adaptive Skills (vgl. Mosey), dem Model of Personal Adaptation through Occupation (vgl. Reed & Sanderson) oder dem Model of Human Occupation (vgl. Kielhofner). Sie bilden die holistische Sichtweise der Ergotherapeuten auf Einschränkungen im gesundheitlichen Wohlbefinden ab. Im Zuge der Entstehung ergotherapeutischer Inhaltsmodelle wurden ebenfalls betätigungsorientierte ergotherapeutische Assessments (s. Kapitel 6.1) und ergotherapeutische Prozessmodelle entwickelt, die Therapeuten einen Leitfaden boten, um ihr Handeln zu strukturieren. Diese Strukturen ermöglicht Ergotherapeuten ihr therapeutisches Vorgehen nach dem *top-down* Ansatz (Trombly 1993) auszurichten, der das Pendant zum *bottom-up* Ansatz darstellt. Hierbei stehen, wie Abbildung 6 zeigt, das Ausüben der für die Person relevanten Rolle und somit die Partizipation an der für sie wichtigen Betätigung im Vordergrund. Für ein Kind können das zum Beispiel die Teilhabe am gemeinsamen Spiel im Kindergarten oder das eigenständige Binden der Turnschuhe im Sportunterricht sein.



Abbildung 6: Gegenüberstellung top-down- & bottom-up-Ansatz

Gleichzeitig werden in der ganzheitlichen Sichtweise des momentan vorherrschenden Paradigmas, auch als *contemporary paradigm* bezeichnet, nützliche Konzepte des mechanistischen Paradigmas mit eingeschlossen (Kielhofner 2004). Da sowohl das Wissen über Betätigung und deren Ausführung als auch das Wissen über das Zusammenspiel der Funktionen in einem ganzheitlichen Denken nicht fehlen dürfen, hoffen Weinstock-Zlotnick & Hinojosa (2008: 596), dass es zugunsten eines

effektiveren Ansatzes zu einer Verbindung der beiden Ansätze kommt, denn „both have advantages that are critical for occupational therapy evaluation and intervention.“

Die 1979 veröffentlichte *uniform terminology* war der erste Schritt der American Association of Occupational Therapy (AOTA), der dazu beitragen sollte, die Begrifflichkeiten der Ergotherapie in dem neuen Paradigma zu definieren, um diese in Praxis, Ausbildung und Außendarstellung der Ergotherapie zu nutzen (Weinstock-Zlotnick & Hinojosa 2004). Seit 2002 wird in fünfjährigen Abständen das *Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process* (OTPF) aktualisiert veröffentlicht, von dem momentan die 3. Version (AOTA 2014) vorliegt. Das OTPF wurde entwickelt, um den ergotherapeutischen Beitrag zur Unterstützung von Gesundheit und Teilhabe von Menschen, Organisationen und gesellschaftlichen Strukturen aufzuzeigen (AOTA 2008), was in der aktuellsten Version um „achieving health, well-being and participation in life through engagement in occupation“ (AOTA 2014: 2) erweitert wurde. Das *framework* bildet die aktuelle Perspektive der Ergotherapie ab, die sich nicht mehr nur auf Individuen (z. B. Familien, Lehrer), sondern auch auf Organisationen (z. B. Schulen, Kindergärten) und Populationen (z. B. Kinder mit ADHS) bezieht. Es ist in die ergotherapeutische Domäne, die den ergotherapeutischen Aufgabenbereich definiert, und den Prozess, der die Umsetzung in die ergotherapeutische Praxis darstellt, unterteilt (ebd.). Im Rahmen des ergotherapeutischen Prozesses, der sich aus Evaluation, Intervention und Outcome zusammensetzt, werden verschiedene Interventionsmöglichkeiten (s. Tab. 8; AOTA 2014: 28ff.) aufgezählt, die gerade im Bereich des therapeutischen Einsatzes von Betätigung und Aktivität eine mögliche Verbindung zwischen *top-down* und *bottom-up* Ansatz ergeben.

**Tabelle 8:** Arten der ergotherapeutischen Interventionsmöglichkeiten

Der therapeutische Einsatz von Betätigung und Aktivität als
<ul style="list-style-type: none"> <li>a) betätigungsbasierte Intervention</li> <li>b) zielgerichtete Aktivität</li> <li>c) vorbereitende Maßnahme/Methode</li> </ul>
Lehren (education & training)
Fürsprechen (advocacy & self advocacy)
Gruppeninterventionen

So entscheiden Therapeuten und Klienten gemeinsam, ob die gewählte therapeutische Intervention eine vorbereitende Methode wie z. B. eine sensorische Strategie zur Verbesserung des Wachheitsgrades (Ebene der Körperfunktionen, -strukturen), eine vorbereitende Maßnahme wie

z. B. das Erstellen einer Handschiene, um den Einsatz der Hand bei Alltagstätigkeiten zu unterstützen (Ebene der Körperfunktionen, -strukturen), oder eine zielgerichtete Aktivität wie etwa das Üben, den Schulranzen zu packen (Ebene Betätigung/Aktivität), bzw. eine betätigungsbasierte Intervention wie z. B. mit dem Bus in die Schule zu fahren (Ebene Teilhabe/soziale Rollen) darstellt. Relevant ist, dass es sich um für den Klienten bedeutungsvolle Anliegen handelt und die Interventionen für ihn nachvollziehbar und sinnvoll sind. Um diese entsprechend gestalten zu können, benötigen Ergotherapeuten jedoch betätigungsorientierte Assessments (Coster 1998), die für den deutschsprachigen Raum konzipiert sind und Betätigungsausführung messbar machen.

Das Aufgabenspektrum der Ergotherapie verändert sich entsprechend den gesellschaftlichen, kulturellen und sozialen Gegebenheiten. Die Beschreibung der *enablement skills* (vgl. Townsend & Polatajko 2007: 111ff. & Kapitel 4.3.5) zeigt auf, wie umfassend Ergotherapeuten heutzutage ihre Fertigkeiten einbringen.

Die bisherige Darstellung bildet, wie erwähnt, die Entwicklung des Berufes in den anglophonen Ländern ab. Inwieweit sich dies bereits in der deutschen Ergotherapie widerspiegelt wird im folgenden Kapitel herausgearbeitet.

#### **4.1.2 Entwicklung der ergotherapeutischen Disziplin in Deutschland**

Die sogenannte vorberufliche Entwicklung in Deutschland bezieht sich auf den Einsatz von Arbeit bei psychiatrisch erkrankten Menschen als hilfreiche Behandlungsmethode. Johann Reil (1759–1813) und Hermann Simon (1867–1947) beschrieben und führten diese Art der Behandlung, die als Arbeitstherapie bekannt wurde, als erste bei dieser Klientel ein. Hanns Alexander (1881-1955) erkannte, dass dosierte Arbeit auch bei an Tuberkulose erkrankten Frauen, die monate- bis jahrelang inaktiv waren, zu positiven Veränderungen führte (Miesen 2004). Grundsätzlich wurden Erkrankte entsprechend ihrem gesellschaftlichen Status therapiert. Menschen aus gehobenen Gesellschaftsschichten erhielten eine Behandlung mit dem Schwerpunkt auf künstlerischen und kunsthandwerklichen Techniken, Menschen aus niedrigeren Ständen wurden im landwirtschaftlichen Bereich beschäftigt (Kubny-Lüke 2009).

Durch das im Nationalsozialismus propagierte Menschenbild und das damit einhergehende Euthanasieprogramm wurde jede Form der Behandlung von vor allem psychisch Erkrankten unterbrochen (Winkelmann 2009). So wurden z. B. in den Jahren zwischen 1939 und 1941 über 70.000 Menschen mit einer chronisch psychiatrischen Erkrankung ermordet (Kubny-Lüke 2009). Aufgrund dessen begann die strukturelle Entwicklung des damals als Beschäftigungs- bzw. Arbeitstherapie bezeichneten Berufes in Deutschland erst nach Ende des zweiten Weltkrieges (Miesen 2004). Unterstützt durch das britische Rote Kreuz und mit dem Ziel, die Behandlung der

Kriegsverletzten effektiver zu gestalten (Jerosch-Herold et al. 2009), wurde 1947 in Westdeutschland der erste einjährige Ausbildungskurs durchgeführt. Die erste schulische Ausbildung begann 1953 am Annastift in Hannover (Marquardt 1988). In der DDR etablierte sich die Berufsbezeichnung als Arbeitstherapie, die mit der ersten viermonatigen Weiterbildung 1959 startete (Miesen 2004). Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wurde die mittlerweile dreijährige Ausbildung zum Arbeitstherapeuten (neue Bundesländer) der dreijährigen Berufsausbildung zum Beschäftigungstherapeuten (alte Bundesländer) gleichgestellt. Die Berufsbezeichnung lautete zunächst „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeut“; 1999 wurde sie in „Ergotherapeut“ geändert (Miesen 2004).

In den Anfangszeiten wurde der Beruf des Beschäftigungstherapeuten als der eines Gehilfen des Arztes angesehen; Autonomiebestrebungen setzten in den 1960er Jahren ein (Kubny-Lüke 2007). Inhaltlich lag in Deutschland bis in die 1980er Jahre der Schwerpunkt auf der Verbesserung der Fertigkeiten, die für funktionelle Unabhängigkeit benötigt werden (Creek 2007), sowie auf einer Beschäftigung und Ablenkung der Patienten (alte Bundesländer) oder dem Einsatz von Arbeit als therapeutischem Zweck (neue Bundesländer) (Winkelmann 2009). Beyermann (2001) differiert drei Phasen, die sie an einem Vergleich der verschiedenen ergotherapeutischen Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen festmacht: die Phase der „Beschäftigung“ (1953–1977), wobei der therapeutische Schwerpunkt auf der Ablenkung durch handwerkliche Angebote lag, gefolgt von der Phase der „Medizinalisierung“ (1977 bis in die 1980er Jahre), in der in Ausbildung und Publikationen medizinischer Themen überwogen. Primäre Bezugswissenschaft stellte hier die Medizin dar (Bühler 2004), was eine starke Bindung des Berufes an dieses Arbeitsfeld zur Folge hatte und bis heute in der Verankerung des Berufes in den Heilmittelrichtlinien deutlich wird. Schließlich beschreibt Beyermann (2001) die noch anhaltende Phase der „Methodisierung“, in der neben dem Handwerk neue Methoden aufgegriffen werden. Zugleich nahmen in Deutschland, beeinflusst von dem 1986 durch die WHO neu definierten Gesundheits- und Krankheitsbegriff und orientiert am biopsychosozialen Modell, die Sozialwissenschaften in der Ergotherapie einen größeren Stellenwert ein (Bühler 2004). Unterstützt von den im Zuge der Wiedervereinigung auftretenden unterschiedlichen Grundhaltungen und den Einflüssen aus dem angelsächsischen Raum setzte in der deutschen Ergotherapie der Paradigmenwechsel vom mechanistischen hin zum holistischen Menschenbild ein (Winkelmann 2009).

Erste Übersetzungen der ergotherapeutischen Modelle aus dem angelsächsischen Raum erfolgten in den 1990er Jahren. Seit dem Jahr 2000 wird das Fach „Grundlagen Ergotherapie“ mit Schwerpunkt auf den ergotherapeutischen Modellen an den Berufsfachschulen gelehrt (Marotzki & Hack 2009). Für deutsche Therapeuten begann die Akademisierung des Berufes durch den 1998/1999 erstmals

durchgeführten Bachelorstudiengang an der Hogeschool Limburg (jetzt: Hogeschool Zuyd) in Heerlen/Niederlande (Miesen 2004). Dadurch wurden Ergotherapeuten ausgebildet, die die Grundgedanken des aktuellen Paradigmas in die deutschen Einrichtungen und Berufsfachschulen trugen und dort erste Veränderungen von der mechanistischen zur ganzheitlichen Arbeitsweise unterstützen.

Aktuelle gesellschaftliche Einflüsse auf die ergotherapeutische Disziplin kommen aus der Postmoderne (s. Kapitel 2.2). Sie verweisen darauf, dass die individuelle Wahrnehmung der Realität Gültigkeit besitzt, was wiederum das ergotherapeutische Interesse an der subjektiven Sicht auf den Klienten begründet. Die Erkenntnis der individuellen Realität führt zu einer Abkehr von der reduktionistischen zur phänomenologischen Sichtweise und beeinflusst die Beziehung zwischen Therapeut und Klienten, was dazu führt, dass nun beide die gleiche Autorität besitzen und die subjektive Wahrnehmung des Klienten Wertschätzung erfährt (Jerosch-Herold et al. 2009). Dies hat zur Folge, dass sich die Behandlungsansätze langsam hin zur Klientenzentrierung auf Grundlage der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle verändern, wobei der Übergang vom mechanistischen zum ganzheitlichen Arbeiten in Deutschland noch lange nicht abgeschlossen ist. Um diesen Prozess zu unterstützen, benötigt die Ergotherapie Handwerkszeug wie klientenzentrierte Assessments und betätigungsbasierte Behandlungsmethoden.

Wie sich die ergotherapeutische Arbeitsweise im pädiatrischen Feld in Deutschland entwickelt und wie sie sich aktuell gestaltet, zeigt die Beschreibung im folgenden Kapitel.

## **4.2 Ergotherapie in der Pädiatrie**

Die ergotherapeutische Behandlung von Kindern wurde in Deutschland erstmals im Lehrbuch „Beschäftigungstherapie“ von Jentschura und Janz (1979) als eigenständiger Arbeitsbereich für Ergotherapeuten betrachtet (Marotzki 2006). Sie stellt mittlerweile ein anerkanntes und wichtiges Arbeitsfeld für Ergotherapeuten dar und hat sich in verschiedenen Settings etabliert (Becker & Steding-Albrecht 2006). Den Stellenwert der pädiatrischen ergotherapeutischen Behandlung zeigen Daten von Hohn (2010). Hier gaben von den 328 befragten Ergotherapeuten 306 an, teilweise oder ausschließlich im Fachbereich Pädiatrie zu arbeiten. Eine Literaturübersicht von Piso und Breuer (2013), die für Deutschland und Österreich 24 Übersichtsarbeiten, vier deutsche Krankenkassenberichte und 20 *guidelines* untersucht hat, kommt zu dem Schluss, dass gesamthaft der größte Teil der ergotherapeutischen Maßnahmen bei Kindern- und Jugendlichen verordnet wird. Diese Kinder und Jugendlichen erfahren ergotherapeutische Behandlung entweder im stationären (Kinderkliniken; Rehabilitationseinrichtungen), teilstationären (Förderschulen, integrative Kindergärten) oder ambulanten Bereich (ergotherapeutische Praxen), welcher auch vermehrt die

Versorgung in teilstationären Einrichtungen wie Kindergärten oder Schulen übernimmt (Scheepers et al. 2011).

In den 1980er Jahren hat die Behandlung von Kindern und Jugendlichen in den USA eine qualitative und quantitative Steigerung erlebt (Baloueff & Cohn 2003: 692). Diese Veränderungen zeigen sich auch in Deutschland. Die in den USA entwickelten funktionellen Behandlungskonzepte wie die Sensorische Integrationstherapie (vgl. Ayres 1979) oder das Bobath-Konzept (vgl. Bobath 1982) werden verstärkt eingesetzt. Zerebral gelähmte Kinder werden nicht mehr nur orthopädisch z. B. durch Hilfsmittel versorgt, sondern die Förderung setzte an den neurophysiologischen Voraussetzungen für Wahrnehmung und Bewegung an, was zu einer Funktionalisierung der therapeutischen Angebote wie z. B. des Spiels führte (Marotzki 2006). Aufgrund des einsetzenden Paradigmenwechsels (Winkelmann 2009) haben in der pädiatrischen Ergotherapie in den letzten Jahren verstärkt Modelle, Assessments und Behandlungskonzepte aus dem angelsächsischen Raum Einzug gehalten (Becker & Steding-Albrecht 2006), was dazu führt, dass die Betätigungsausführung des Klienten in den verschiedenen Lebensbereichen im Fokus der Therapie stehen sollte (DVE 2012). Der Aspekt der sozialen Teilhabe für Kinder wird von Coster (1998: 341) spezifiziert als

„the extent to which a child is able to orchestrate engagement or participation in occupations in a given context that is positive (which for a developing child would often include growth enhancing), personally satisfying, and acceptable to the adults in society who are responsible for children“.

Hierdurch wird deutlich, dass die soziale Teilhabe des Kindes eng in Verbindung mit dem direkten Umfeld steht, also der Familie. Aufgrund dessen wird in den anglophonen Ländern im pädiatrischen Bereich schon seit längerem der *family-centred service* propagiert, der die Familienangehörigen als aktive Partner in den Therapieprozess involviert (Baloueff & Cohn 2003).

Auch in Deutschland gibt es Bestrebungen, diesem Vorgehen zu folgen. Jedoch befindet sich die deutsche Ergotherapie noch in einem Übergangsprozess vom reduktionistisch ausgerichteten Behandeln, bei dem eine Verbesserung der Körperfunktionen im Vordergrund steht, hin zu einem ganzheitlichen Ansatz, der das individuelle Umfeld des Kindes beachtet. Um Therapeuten bei dieser Veränderung zu unterstützen, wurde das PEAP konzipiert, das die im nächsten Kapitel beschriebenen Hauptelemente der Ergotherapie aufgreift.

### 4.3 Hauptelemente der Ergotherapie

Hagedorn (2004) beschreibt Ergotherapie als ein Zusammenspiel zwischen Betätigung, Person und Therapeut innerhalb der Umwelt. Fehlt eines dieser vier Elemente, so findet keine Ergotherapie statt. Es ist evident, dass es eines Therapeuten und einer Person mit Betätigungsschwierigkeiten bedarf, um Therapie durchzuführen. Da Betätigung nicht im Vakuum stattfindet, ist die Umwelt ein weiteres

wichtiges Element, das mit einfließt (Rebeiro 2001). Therapie kann jedoch auch ohne Betätigung stattfinden; dann handelt es sich aber nicht mehr um Ergotherapie, da bei dieser gilt: „[T]he occupational elements must remain in focus during the whole process of therapy“ (Hagedorn 2004: 27).

Die Hauptelemente der Ergotherapie haben entsprechend den jeweiligen Paradigmen terminologische Veränderungen und/oder unterschiedliche Relevanz erfahren. So wurde bereits früh in der Ergotherapie über den Zusammenhang zwischen Personen und ihrer Umwelt geschrieben. Crane (1919 in Law et al. 1996) griff diesen Gedanken auf, indem er eine gesundheitsfördernde Umwelt für Krankenhäuser zur besseren Genesung der Patienten vorschlug. Jedoch wurde die Beziehung zwischen Umwelt und Person in den ergotherapeutischen US-amerikanischen Veröffentlichungen zwischen 1940 und 1960 nicht mehr thematisiert (Law et al. 1996). O'Reilly (1954) war eine der ersten, die die Interaktion zwischen Person und Umwelt wieder als relevant beschrieb. Ebenso fand der Begriff *occupation* in den US-amerikanischen Veröffentlichungen in den 1920er und wieder in den 2000er Jahren häufig Verwendung, wurde jedoch in den Jahren von 1960 bis 1980 kaum bis wenig genutzt. In dieser Zeit wurde er in der ergotherapeutischen Fachliteratur überwiegend durch *activity* ersetzt (Bauerschmidt & Nelson 2011).

Grundsätzlich gibt es bezüglich des Forschungsfeldes viele Themen, die genauerer wissenschaftlicher Betrachtung unterzogen werden. Diese findet u.a. im Rahmen der *occupational science* statt. Hierbei handelt es sich um eine interdisziplinäre, in den angelsächsischen Ländern entstandene Forschungsgemeinschaft, die in der Sozialwissenschaft angesiedelt ist und sich mit grundlegenden Fragen zur menschlichen Betätigung auseinandersetzt. Bei der Definition zur Form, Funktion und Bedeutung von Betätigung, der Interaktion mit der Umwelt, der Betätigung im gesellschaftlichen Kontext und den gesundheits- und krankheitsfördernden Komponenten der Betätigung (vgl. Zemke & Clark 1996; Illott & Mounter 2000; Hocking 2000; Erlandson, Rögnvaldsson, Eklund 2004) wird sie in den kommenden Jahren u. a. für die terminologische Diskussion in der Ergotherapie einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Sie kann sich dabei unter anderem auf die handlungstheoretischen Erkenntnisse des russischen Psychologen Leontjew und der Arbeiten zur Handlungsregulation der Psychologen Winfried Hacker, Walter Volpert, Rainer Oesterreich und Mario von Cranach stützen. (Götsch: 2007).

Noch gibt es über die momentan in der Ergotherapie verwendete Terminologie keinen endgültigen Konsens. Jedoch erscheint eine kurze Darstellung des Diskurses in Bezug auf die Hauptelemente der Ergotherapie sinnvoll, um den aktuellen Stand zu skizzieren und deutlich zu machen, welchen Gegenstandsbereich das PEAP umfasst. Da sich die deutsche Ergotherapie stark an der Entwicklung in



den anglophonen Ländern (USA, Kanada, Australien) orientiert, wird sowohl die anglophone als auch die deutsche Terminologie-Diskussion thematisiert.

#### 4.3.1 Occupation/Betätigung

*Occupation* wird als Begriff von verschiedenen Disziplinen der Sozialwissenschaften aufgegriffen. So legt z. B. die Soziologie den Fokus auf die Veränderung von Betätigungsstrukturen und deren Auswirkungen auf die gesellschaftliche Entwicklung und die damit verbundene soziale Ungleichheit (Jarman 2010). Zudem findet der Begriff *occupation* auch bei der statistischen Erhebung von Daten z. B. zur Klassifikation von Berufen wie etwa bei der europäischen *International Standard Classification of Occupations* (ISCO) Verwendung (Jarman 2010). Dieser breiten Interdisziplinarität kann und soll diese Ausarbeitung nicht gerecht werden. Aufgrund des Schwerpunktes der vorliegenden Arbeit wird die weitere Auseinandersetzung mit dem Begriff *occupation* in Bezug auf die Disziplin der Ergotherapie geführt, bei der die englischsprachige Berufsbezeichnung *occupational therapist* deutlich macht, welche Relevanz dieser Begriff für die Disziplin hat. *Occupation* wird im deutschen ergotherapeutischen Sprachgebrauch mittlerweile überwiegend als „Betätigung“ übersetzt, wobei „Beschäftigung“ dem Begriff *occupation* lexikalisch am nächsten kommt. Der Begriff der Beschäftigung wird im deutschsprachigen Raum abgelehnt, da er von der Berufsgruppe der Ergotherapeuten als abwertend angesehen wird (Stadler-Grillmaier 2007). Ende des 20. Jh. bezeichnete die Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) *occupation* als das ergotherapeutische Kernkonzept. Den Menschen Betätigung zu ermöglichen, sollte das Hauptziel einer jeden ergotherapeutischen Intervention sein (CAOT 1997). Jedoch wurde der Begriff *occupation* zwischen 1960 bis 1980 wie bereits erwähnt, in der internationalen Fachliteratur kaum diskutiert und beschrieben. Es fanden andere Begrifflichkeiten wie *task* (Aufgabe), *function* (Funktion), *work* (Arbeit) oder aber am häufigsten *activity* (Aktivität) Verwendung (Polatajko, 2001). Auch andere Disziplinen wie die allgemeine Bewegungstherapie, die als Bewegungswissenschaft „[...] alle Aspekte menschlicher Leiblichkeit und Bewegung als Forschungsgegenstand begreift“ (Hölter 2011: 28), diskutieren die Terminologie der Aktivität. Hier wird von *physical activity* gesprochen, was die körperliche Aktivität im sportlichen wie auch beruflichen und freizeitorientierten Bereich impliziert. Dieser Begriff lässt sich in *physical exercise* (körperlich-sportliche Aktivitäten), *health-enhancing physical activity* (gesundheitsförderliche körperliche Aktivitäten) und *adapted physical activity* (Bewegung, Spiel und Sport in Rehabilitation und Pädagogik bei Behinderung) unterteilen, wobei sich letzteres auf die theoretischen Grundlagen eines interdisziplinären Bewegungskonzeptes für Menschen mit Behinderung bezieht (Hölter 2011). Die für die Disziplin der Ergotherapie wichtige Abgrenzung zwischen *occupation* und *activity*, die ein relevanter Schritt in Bezug auf mehr ergotherapeutische Transparenz ist (Chapparo & Ranka 2004), wird von Hölter (2011) nicht

thematisiert, da der Begriff *activity*, der in der nationalen und internationalen Literatur häufiger als der Begriff *movement* (Bewegung) Verwendung findet (ebd.), für die Bewegungswissenschaften eine komplexere Bedeutung als in der ergotherapeutischen Literatur hat. Hier werden die Begriffe Aktivität und Betätigung auch in Deutschland nicht mehr synonym verwendet. Im Rahmen des ENOTHE<sup>9</sup>-Projektes *OT Professional Terminology* (Stadler-Grillmaier 2007: 105) werden Aktivitäten als „[...] Teile von Betätigungen/Handlungen [beschrieben]. Die Betätigung selbst bleibt letztlich ein abstraktes Konstrukt, das sich erst durch Aktivitäten realisiert.“

Um diese Begrifflichkeiten weiter zu unterscheiden und in Relation zueinander zu bringen, wurde von Polatajko, Davis, Hobson, Landry et al. (2004: 263ff.) und Polatajko et al. (2007: 19) eine hierarchische Taxonomie, der *Taxonomic Code für Occupational Performance* (TCOP), erarbeitet, die impliziert, dass die höheren Levels die Eigenschaften der darunterliegenden miteinschließen und jedes höherstehende Level eine weitere Dimension beinhaltet, welches die Beschreibung komplexer macht.

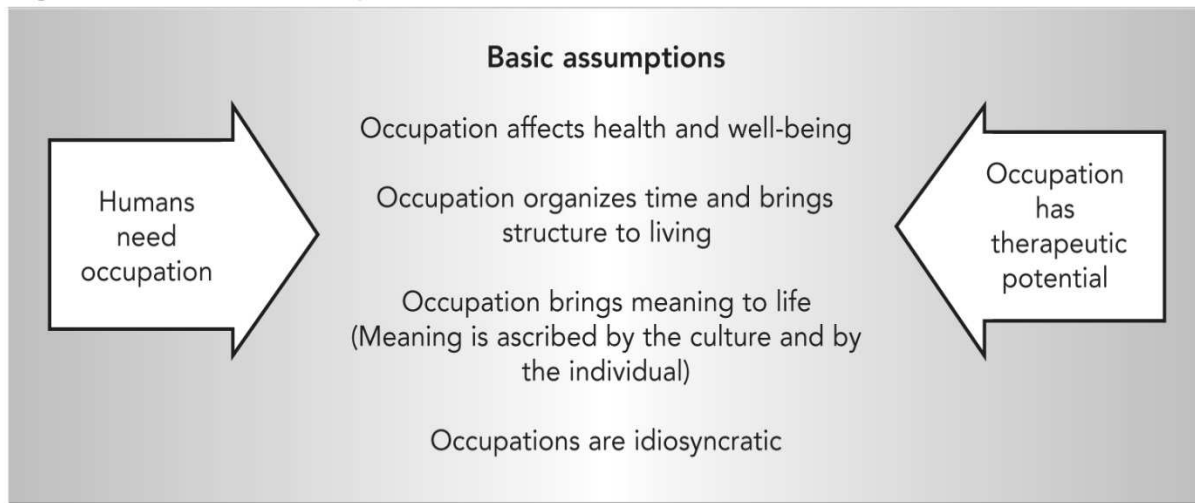
**Tabelle 9: Übersetzung des Taxonomic Code für Occupational Performance**

Level	Kategorie	Einschlusskriterien
G	Occupational grouping	Eine Anzahl an Betätigungen, die durch ein Thema kategorisiert werden, z. B. Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit
F	Occupation/Betätigung	Eine Anzahl von Aktivitäten, die in einer gewissen Regelmäßigkeit ausgeführt werden, dem Individuum Struktur bieten und von ihm und der Umwelt als bedeutungsvoll anerkannt werden
E	Activity/Aktivitäten	Eine Anzahl von Aufgaben mit einem bestimmten Ziel oder Ergebnis
D	Task/Aufgaben	Eine Aktion oder eine Anzahl an Aktionen, die Werkzeuggebrauch impliziert; zusammengesetzte Aufgaben sind verschiedene Aktionen, bei denen mindestens ein Werkzeuggebrauch vonnöten ist.
C	Action/Aktionen	Eine Anzahl zielgerichteter, sichtbarer Bewegungsmuster, die ein Produkt oder ein Ergebnis bewirken und auch Material miteinbeziehen, z. B. nach etwas greifen oder stehen; sie können nicht passiv sein und beinhalten körperliche, kognitive und affektive Komponenten.
B	Movement pattern	Eine Anzahl oder eine Serie von Bewegungen an einem oder mehreren Gelenken
A	Voluntary movement or mental processes	Eine einfache, vorsätzliche Bewegung in einem Gelenk wie Flexion oder Extension; alle aktiven Bewegungen beinhalten körperliche, kognitive und affektive Anteile.

<sup>9</sup> European Network of Occupational Therapy and Higher Education

Durch diese Darstellung wird deutlich, dass Betätigungen einen Komplex von Aktivitäten beinhalten und hierarchisch über den Aktivitäten stehen (Creek & Banningan 2002). Jedoch wird das Ausführen von Betätigung nur durch das Funktionieren und das Zusammenspiel der darunterliegenden Anteile ermöglicht, sodass diese bei der Analyse von Betätigungen ebenfalls eine relevante Rolle spielen (Jarman 2010). Christiansen und Baum (1991) beschreiben Betätigungen als Gruppe selbstgesteuerter Aufgaben und Aktivitäten, welchen eine Person über einen längeren Zeitraum nachgeht, z. B. das häufige Schreiben von Berichten. Betätigungen wird nachgegangen, um Erfüllung zu finden, sich auszudrücken oder den Lebensunterhalt zu gewährleisten. Betätigungen werden durch die jeweilige Umwelt (s. Kapitel 4.3.2) und die Rolle geprägt (s. Kapitel 4.3.3), in der sich die Person befindet. Eine andere Definition, entstanden aus der interdisziplinären Betätigungswissenschaft, der *occupational science*, bezeichnet Betätigung als „[...] the ordinary and familiar things that people do every day. This simple description reflects, but understates, the multidimensional and complex nature of daily occupation“ (Christiansen, Clark, Kielhofner, Rogers, Nelson 1995: 1015).

In Abbildung 7 (aus CAOT 1997: 36) wird auf der einen Seite deutlich, welchen Stellenwert Betätigung für den Menschen hat: Menschen führen für sie relevante Betätigungen aus, um gesund zu bleiben, ihren Alltag zu strukturieren und ihrem Leben Bedeutung zu geben. Auf der anderen Seite hat Betätigung einen wichtigen therapeutischen Wert – sowohl aufgrund der Veränderung auf Betätigungsebene (Ziel), aber auch als Mittel, mit und an dem in der Therapie gearbeitet wird (Medium) (Gray 1998). Diese beiden Aspekte werden im PEAP aufgegriffen. Betätigungsorientiertes Vorgehen ist ein Hauptmerkmal des Instrumentes (s. Kapitel 7), was sich darin zeigt, dass Betätigung sowohl Ziel (Veränderung der Betätigungsdurchführung) als auch Medium (Maßnahmen Planung auf Betätigungsebene) darstellt.

**Figure 1.2** Basic assumptions**Abbildung 7:** Darstellung der Grundannahmen von Betätigung

Die Entwicklung der Funktionen wie z. B. der kognitiven Fertigkeiten (u. a. Merkfähigkeit) oder der affektiven Fertigkeiten (u. a. intrinsische Motivation) ermöglicht es dem Menschen, seine Interessen zu verfolgen, mit anderen Personen in Kontakt zu treten und eigene Werte auszudrücken, also Betätigung zu erfahren. Die Psychomotorik, deren übergeordnetes Ziel es ist, „[...] die Gesamtpersönlichkeitsentwicklung des Kindes über sensomotorische Lernprozesse zu fördern (vgl. Fischer 1993; Kiphard 1992; Zimmer 1992), geht davon aus, dass an einer Bewegungshandlung immer die ganze Person beteiligt ist. Kognition sowie Emotionen und Motivationen werden von Bewegungshandlungen beeinflusst und wirken auf die Bewegungshandlung ein (Zimmer 2012). Somit kommt es zu einer „[...] wechselseitigen Beeinflussung von Bewegung, Wahrnehmung, Verhalten und Selbsterleben“ (Zimmer 2012: 22), was das Selbstkonzept und die Identitätsbildung beeinflusst. Das Selbstkonzept führt dazu, dass das Kind sich auf eine ganz eigene Weise wahrnimmt, die eigene Person bewertet und sich bestimmte Eigenschaften zuschreibt (Zimmer 2012), was Auswirkungen auf die Interessen und Werte des Einzelnen hat. Hier wird der Begriff der bedeutungsvollen Betätigung relevant. Eine Betätigung wie z. B. Schwimmen kann für eine Person sehr wichtig und lebenserfüllend, für die Nächste aber irrelevant und von geringem Interesse sein. Dieser Aspekt findet sich in der CAOT-Definition (1997: 34) wieder, die Betätigung definiert als

„[...] groups of activities and tasks of everyday life, named, organized and given value and meaning by individuals and culture. Occupation is everything people do to occupy themselves, including looking after themselves (self-care), enjoying life (leisure) and contributing to the social and economic fabric of the community (productivity)“.

Betätigungen werden durch die individuellen Neigungen und Fähigkeiten und die kulturelle Prägung, d. h. die Umwelt, bedeutungsvoll. So ist es für einen Jungen im Grundschulalter häufig relevant, gut

Fußball spielen zu können, was für ein Mädchen im gleichen Alter von geringerer Bedeutung sein kann. Dies impliziert, dass Betätigungen die Grundlage sind, um sich an der Gesellschaft zu beteiligen und somit Teilhabe zu erfahren (Christiansen & Townsend 2010: 27). Ein Junge, der sich in der Pause in der Fußballmannschaft einbringen kann, erfährt Teilhabe u. a. in Form von sozialem Miteinander. *Occupational Participation*/Teilhabe wird definiert als „engagement in work, play or activities of daily living that are part of one’s sociocultural context and that are desired and/or necessary to one’s well-being“ (Kielhofner 2008: 101; AOTA 2008: 662) oder auch als „involvement in a life situation“ (WHO 2001: 10). Vereinfacht lassen sich die Zusammenhänge zwischen den Begrifflichkeiten wie in Abbildung 8 visualisiert darstellen.

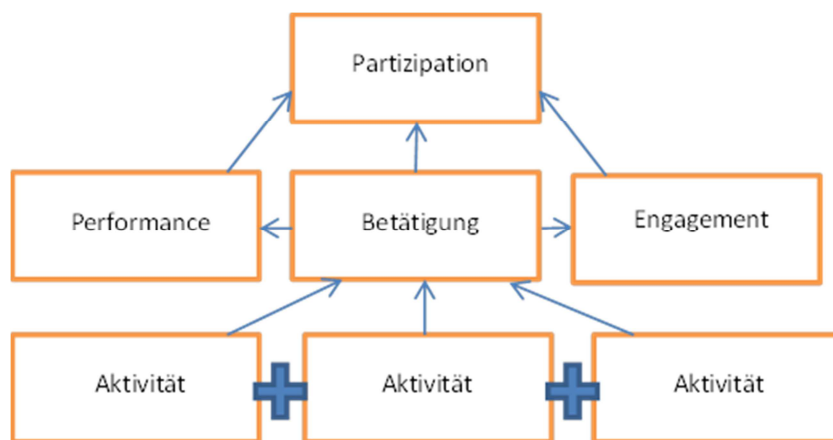


Abbildung 8: Vereinfachte Darstellung der Terminologie und ihrer Zusammenhänge

Aktivitäten führen zu Betätigung, die eine Grundlage der Partizipation darstellt. Des Weiteren lässt sich Betätigung u. a. in Performanz und *Engagement* unterteilen. So wird unter Betätigungsperformanz das erfolgreiche Zusammenspiel zwischen der Betätigung, der Umwelt und der Person mit ihren individuellen Anlagen verstanden (s. Kapitel 5.1.1). Es geht hierbei um die konkrete Ausführung einer Betätigung (CAOT 1997). Passen die Herausforderungen einer Betätigung, die individuellen Fertigkeiten einer Person und die Umwelt, in der die Betätigung ausgeführt wird, optimal zusammen, so erfährt die Person in ihrer Betätigungsausführung *flow* (Law 1991). Unter *flow* versteht Kind (2010: 3) einen „[...] subjective state of consciousness in which one becomes totally immersed in the occupation or task at hand and from which the individual derives satisfaction and a sense of well-being“. Da die Abkehr vom biomedizinischen hin zu einem bio-psycho sozialen Modell die Definition von Gesundheit und Krankheit weiter umfasst (s. Kapitel 3) wird deutlich, dass die Qualität der Betätigungsausführung und die damit verbundene persönliche Erfahrung im Zusammenhang mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Einzelnen stehen.

Der Zusammenhang zwischen der Ausführung von Betätigung und Gesundheit ist auch im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern von Bedeutung. Können Kinder die für sie relevanten Betätigungen zufriedenstellend ausführen, so gelingt es ihnen, die altersentsprechenden Entwicklungsaufgaben (s. Kapitel 2.4.3) zu erfüllen. Sie erfahren Glück und Zufriedenheit, was das gesundheitliche Wohlbefinden stärkt (Zilberbrant & Mandich 2005).

Betätigungen tragen, wie beschrieben, zum subjektiven Wohlbefinden und somit zur Gesundheit bei. Trotzdem sind nicht alle Betätigungen gleich. Der Ausführung einiger Betätigungen wird gesellschaftlich ein höherer Stellenwert beigemessen als anderen Betätigungen. Manche Betätigungen sind geschlechtsspezifisch, d. h. sie werden überwiegend von einem Geschlecht ausgeführt (Jarman 2010). Zudem sind nicht alle Betätigungen gesundheitsfördernd. So können von der Umwelt erzwungene Betätigungen wie die Teilnahme an einem Kurs oder durch Abhängigkeit motivierte Betätigungen wie der Konsum von Drogen das Entstehen von Krankheiten unterstützen (Trentham & Cockburn 2010). Christakis et al. (2004) erkannten einen Zusammenhang zwischen einem höheren Fernsehkonsum im Alter von ein bis drei Jahren und dem Auftreten einer Aufmerksamkeitsstörung. Das oben beschriebene Konzept der bedeutungsvollen Betätigung impliziert auch eine negative Definition von Betätigung wie z. B. Frustration oder Erniedrigung (Hammell 2009). Damit Betätigung sowohl gesundheitsfördernd als auch bedeutungsvoll sein kann, sind die Aspekte der Wahlfreiheit über eine Betätigung und deren Kontrolle relevant (Trentham & Cockburn 2010). Sind diese Aspekte gewährleistet, so führt dies zu betätigungsbezogener Ausgewogenheit. „Betätigungsbezogenes Gleichgewicht liegt dann vor, wenn die verschiedenen Betätigungen, in denen sich eine Person einbringt, eine befriedigende Kombination bilden“ (Trentham & Cockburn 2010: 29). Ob eine Betätigung bedeutungsvoll für den Einzelnen ist und ob eine betätigungsbezogene Ausgeglichenheit vorliegt und dadurch die Gesundheit des Einzelnen unterstützt oder gehemmt wird, ist individuell verschieden und lässt sich nur subjektiv bzw. aus der Perspektive der jeweiligen Person verstehen. Aufgrund dessen wird im PEAP-Assessment die Wahrnehmung der Kinder, der Eltern und weiterer Bezugspersonen in Bezug zur subjektiven Betätigungsausführung erhoben.

Kommt es zu einer Beschränkung der optimalen Betätigung wie z. B. zur betätigungsbezogenen Unterbrechung, die eine „[...] andauernde oder vergängliche Unterbrechung [beschreibt] [...] und aus innerlichen oder individuellen Faktoren wie beispielsweise Krankheit resultiert“ (Whiteford 2004: 223), so hat dies negative Auswirkungen auf die zur Folge Gesundheit (Zilberbrant & Mandich 2005). Gerade bei chronisch erkrankten Kindern liegt oftmals eine dauerhafte körperliche, kognitive oder emotionale Einschränkung vor, die das selbständige Ausführen von Betätigungen einschränkt und dadurch die Teilnahme an typisch kindlichen Betätigungen reduziert, was wiederum zur Ausgrenzung

und zur sozialen Isolation führen kann (Mandich & Rodger 2006). Diese Menschen können jedoch subjektiv betätigungsbezogene Ausgeglichenheit durch das *Engagement* erfahren. Während Betätigungsperformanz das direkte Ausführen einer Betätigung beschreibt, so greift der Begriff des *Engagements* weiter bzw. impliziert „to involve oneself or become occupied; participate“ (Houghton in Townsend & Polatajko 2007: 26). Engagement kann im Zusammenspiel mit anderen Menschen oder aber auch allein stattfinden (AOTA 2008). Diese breitere Beschreibung bedeutet, dass nicht nur das aktive Ausführen einer Betätigung, sondern auch das Beteiligtsein an einer Betätigung zu Zufriedenheit und Wohlbefinden beiträgt. Konkret heißt dies, dass, wenn ein Kind z. B. aufgrund starker körperlicher Einschränkungen nicht selbständig laufen kann und im Rollstuhl sitzt, es bei der Betätigung des Skifahrens mit Hilfe eines Ski-Rollstuhls *Engagement* erfahren kann. Somit lässt sich der Begriff auch als „Eingebundensein in eine Betätigung“ umschreiben.

Der Klient wird von Ergotherapeuten als unabhängig angesehen, wenn er die gewünschten Betätigungen, auch mithilfe verschiedener Strategien, Umwelanpassung oder Hilfsmittel, ausführt (Betätigungsausführung - *occupational performance*) oder die Bewältigung der Betätigung an andere Personen abgibt, aber dennoch daran teilhat (*occupational engagement*). Das Erfahren beider Betätigungsformen beinhaltet häufig die Anpassung der Umwelt (AOTA 2008: 629). Aufgrund dessen spielt die Umwelt eine entscheidende Rolle im ergotherapeutischen Denken und wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

### 4.3.2 Umwelt

Umwelt wird allgemein definiert als „[...] those contexts (situations) which occur outside individuals and elicit responses in them“ (Law 1991a: 175). Die Umwelt ist für die Ergotherapie ein relevanter Aspekt, da sie das Ausführen von Betätigung unterstützen oder hemmen kann (Stewart et al. 2003). So entstehen durch die Umwelt Möglichkeiten und Ressourcen; es werden aber auch Erwartungen und Bedingungen von Seiten der Umwelt an die Person herangetragen. Je nach individuellen Voraussetzungen einer Person kann ein Aspekt wie z. B. Eltern, die ihr Kind kognitiv stark fordern, zu Motivation und Antrieb beim Kind oder aber zu Überforderung und Verweigerung der Leistung führen. „Since persons have different capacities and beliefs in their own abilities, the same environment may engage and excite one person, bore another, and overwhelm a third“ (Kielhofner 2008: 88). Bei Kindern verändern sich die Umwelt und die entsprechenden Einflüsse je nach Entwicklungsstand. Ab der Geburt erweitert sich die Umwelt des Kindes Stück für Stück. Kinder in der mittleren Kindheit beginnen in der Regel mit der langsamen Ablösung vom Elternhaus bzw. erkunden mit Freunden die nähere Wohnumgebung und werden in ihrem Betätigungsverhalten durch diese beeinflusst (Davis & Polatajko 2006).

Um die in Kapitel 4.3.1 beschriebene Betätigung und die individuelle Ausführung der Betätigung zu verstehen, ist es notwendig, die Umwelt zu kennen, in der die Betätigung ausgeführt wird (Rebeiro 2001: 81). Bei einer Beurteilung der individuellen Betätigungsausführung ist es sinnvoll, diese im jeweiligen Betätigungskontext zu betrachten, was durch das PEAP in der Analysephase (s. Kapitel 7.1.2) stattfindet und im PEAP-Assessment durch den Einbezug von Lehrern/Erziehern erfolgt.

„[...] The environment is extremely important to both the experience of occupational engagement and to ongoing, satisfactory occupational performance“ (Rebeiro 2001: 81). Betätigung und Umwelt stehen somit in einem engen Zusammenhang. Terminologisch ist die Umwelt in Vergleich zur Betätigung innerhalb der Ergotherapie noch relativ neu. Die physische Umwelt, d. h. die Anpassung der Gegebenheiten an das Betätigungsverhalten des Menschen, wurde bereits früher beachtet. Aspekte der soziokulturellen Umwelt sind erst in den 1970er Jahren durch soziologische Einflüsse in das Bewusstsein gerückt (Hagedorn 2004).

Für den Begriff der Umwelt finden sich die beiden englischsprachigen Wörter *environment* und *context*. Differenziert betrachtet, lassen sich unter *environment* die externen Aspekte subsumieren, die eine Person umgeben, während unter *context* jene Faktoren fallen, die in einer stärkeren Wechselbeziehung mit dem Menschen stehen (AOTA 2008). Im deutschen Sprachgebrauch werden beide Aspekte als Umwelt bezeichnet, die je nach Autor nochmals in Teilaspekte wie die physische, soziale und kulturelle Umwelt (vgl. Hagedorn 2000b) oder die physische, soziale, kulturelle, persönliche, zeitliche und virtuelle Umwelt (AOTA 2008) unterteilt werden. Kielhofner (2008) zählt verschiedene grundsätzliche Dimensionen der Umwelt auf, die im Folgenden genauer betrachtet werden.

#### 4.3.2.1 Physische Umwelt

Die erste Dimension bezieht sich auf die Dinge (Kielhofner 2008), die Personen nutzen, wenn sie handeln. Darunter fallen die natürlichen Gegebenheiten wie Wasser oder hergestellte Produkte wie ein Computer. Die zur Verfügung stehenden Gegenstände beeinflussen das Betätigungsverhalten der Person. So können Kinder, die kein entwicklungsgerechtes Spielzeug wie z. B. Sand zum Experimentieren, wichtige sensomotorische Erfahrungen nicht erleben. Wir umgeben uns mit Gegenständen, die einen individuell bedeutungsvollen Wert für uns haben (Kielhofner 2008) – wie für ein kleines Kind das Kuscheltier von größter Bedeutung sein kann, für den Jugendlichen hingegen das Handy. Betätigungen werden an dafür vorgesehenen Orten (Kielhofner 2008), durchgeführt, z. B. in der Schule, im Supermarkt oder im Fußballstadion. Auch hier gibt es von Menschen geschaffene (z. B. Gebäude) oder von der Natur gegebene Orte (z. B. Wüste, Wald). Die örtlichen Gegebenheiten beeinflussen unser Verhalten und reflektieren das kulturelle Verständnis der Gesellschaft.



Zusammenfassen lassen sich die beiden Dimensionen als physische Umwelt. Diese kann durch Barrieren wie z. B. Türschwellen, Häuser ohne Aufzüge oder Rampen die Teilhabe von Personen mit körperlichen Einschränkungen an für sie relevanten Betätigungen erschweren. Der überwiegende Teil der hergestellten Produkte und Gegenstände ist für körperlich normal entwickelte Männer im mittleren Alter konzipiert und daher statistisch gesehen und für eine Minderheit der Bevölkerung ausgelegt (Law 1991b). Eine mögliche Veränderung ist durch die weitere Verbreitung des *Universal Designs* möglich. Die Internationale *Association of Universal Design* (IAUD) beabsichtigt die Zugänglichkeit und Nutzbarkeit von Produkten und Umwelten für alle Menschen, einschließlich beeinträchtigter Personen, ohne sich lediglich positiv an Menschen mit Einschränkungen zu richten. Das Ziel des Universal-Design-Konzeptes ist, das Leben aller Menschen jeden Alters, jeder Größe und mit allen Fähigkeiten durch die Anpassung der physischen Umwelt zu vereinfachen (Center for Universal Design 2008).

#### 4.3.2.2 Soziale Umwelt

Als weitere Umweltdimension wird die *occupational form/task* (Kielhofner 2008), beschrieben. Diese beinhaltet Betätigungen, die routinemäßig von Menschen oder Gruppen und auf eine gewisse Art und Weise durchgeführt werden, z. B. das Kochen. Die Umwelt gibt uns vor, in welcher Form wir Betätigungen ausführen, indem es eine kulturell akzeptierte Art der Ausführung gibt, die manchmal enger gesteckt ist (z. B. bei Prüfungen) oder aber mehr Spielraum zulässt, z. B. beim Spielen von Kindern. Zudem finden Betätigungen häufig in Interaktion mit anderen Menschen statt, also in sozialen Gruppen (ebd.). Die Gruppen kommen aus unterschiedlichen Gründen zusammen und können informellen (z. B. Clique, Familie) oder formellen (z. B. Verein, Schule) Charakter haben (ebd.).

Die Dimensionen lassen sich als *soziale Umwelt* zusammenfassen. Diese wird in einer Studie von Rebeiro (2001) von den Teilnehmern als wichtigste Grundlage beschrieben, um *occupational engagement* zu erfahren. Im negativen Fall tragen soziale Gruppen aufgrund von Ängsten und Unsicherheiten zur Ausgrenzung von Menschen mit Einschränkungen bei. „Society has been ambivalent about people with disabilities. We feel sorry for them, but also do not wish to become similar. As a result, it is so often easier to ignore them“ (Law 1991: 173). Zudem verändert sich eine soziale Gruppe, z. B. eine Familie, durch die Geburt eines behinderten Kindes. Viele Menschen mit Behinderungen verbringen die meiste Zeit in speziellen sozialen Gruppen wie z. B. Förderschulen oder Behindertenwerkstätten (Kielhofner 2008; Law 1991). Die beginnende Diskussion über Inklusion in Deutschland zeigt, wie schwierig Veränderungen in diesem Bereich sind. Menschen mit Einschränkungen können viele von der Gesellschaft vorgegebene Betätigungen (*occupational form*) u. a. aufgrund körperlicher und/oder intellektueller Einschränkungen nicht so ausführen, wie sie

vorgesehen sind bzw. wird die andersartige Durchführung einer Betätigung von den sozialen Gruppen nicht zugelassen und der Mensch an der Ausführung dieser gehindert (ebd.: 95).

#### 4.3.2.3 Kulturelle Umwelt

Die kulturelle Dimension der Umwelt (Kielhofner 2008), welche sowohl die physische als auch die soziale Umwelt stark beeinflusst, wird als die Werte und Normen einer Gesellschaft umrissen, die durch informelle und formelle Erziehung weitergegeben werden. „When we consider any aspect of the physical or social environment, it is important to remember that culture is in the background shaping and defining it“ (Kielhofner 2008: 96). Der kulturelle Einfluss bezieht sich nicht nur auf das, was wir in der Umwelt wahrnehmen, sondern spiegelt sich auch in den Werten, Interessen, Rollen und Gewohnheiten einer Person wider. Das Zusammenspiel der kulturellen, sozialen und physischen Umwelt in Bezug auf Menschen mit Behinderungen wird im Folgenden am Beispiel der Türkei erläutert, da in Deutschland viele Kinder mit türkischem Migrationshintergrund leben.

Eine körperliche und/oder geistige Behinderung wird in der Türkei von vielen Menschen als eine Strafe Gottes für persönliches Fehlverhalten verstanden. Behinderten Personen wird in manchen Teilen des Landes nachgesagt, dass sie negative Kräfte auf andere übertragen. Der Kontakt mit Behinderten wird deshalb, wenn möglich, gemieden. Behinderte Menschen werden in der Türkei normalerweise in der Familie gepflegt. Kommt ein geistig behindertes Kind auf die Welt, wird dies oft erst sehr spät erkannt. Einige Familien ziehen sich aufgrund der fehlenden gesellschaftlichen Akzeptanz ganz aus dem sozialen Leben zurück (Kienholz 2005).

Zudem gibt es auch in den großen Städten kaum Barrierefreiheiten. Wenige Gebäude besitzen behindertengerechte Straßen und Eingänge, die Gehwege sind nicht abgesenkt. Ein selbständiges Leben ist somit praktisch ausgeschlossen. Nach offiziellen Angaben sind fast 99 % der türkischen Bevölkerung Muslime (Beyer 2003). Der Koran weist darauf hin, Armen und Schutzlosen zu helfen und sie finanziell zu unterstützen. Krankheit wird als Gelegenheit zur Sündenvergebung der Betroffenen und der Angehörigen durch Allah verstanden. Dies ergibt eine Sinnhaftigkeit des Leidens und der damit verbundenen Hoffnung auf Heilung im Diesseits oder im Jenseits (Schirilla 2009). Häufig wird dies so interpretiert, dass die Ursachen von körperlichen und seelischen Störungen nach Ansicht der Betroffenen im Menschen selbst liegen. Leiden bedeutet eine Strafe und eine Prüfung Gottes. Als typisch beschreibt vom Hofe (2008) den Fall eines Vaters, dessen Kind an einer seltenen Erkrankung litt, die zu einem Abbau des Gehirns führte. Er lehnte die Behandlung mit der Begründung ab, dass ein Erfolg oder gar eine Heilung nur dazu führe, dass das Kind eine andere Krankheit entwickle. Das Leiden könne nur durch die Umkehr zu Gott überwunden werden. Somit wird deutlich, dass abhängig vom kulturellen Hintergrund einer Familie die Bewertung der Behinderung eines Kindes von der Wahrnehmung des Therapeuten deutlich abweichen kann (Melzer

2004). Kulturelle Unterschiede zu kennen und dadurch das Handeln der Personen besser zu verstehen, ist somit im therapeutischen Bereich in der Arbeit mit Menschen mit Migrationshintergrund unerlässlich. Zudem konnte in verschiedenen Studien (vgl. Bazyk et al. 2003; Gaskins: 1999; Sedgwick et al. 2003 in Davis & Polatajko 2006) herausgefunden werden, dass das kindliche Betätigungsverhalten je nach kultureller Sozialisation stark variiert. Kinder in Uganda führen zu gleichen Zeitpunkten andere Betätigungen aus als Kinder in Nordamerika oder Kinder, die in der Kultur der Maya aufwachsen. In anderen Worten: „[...] cultures shape human occupation“ (Davis & Polatajko 2006: 148). Dies macht deutlich, dass Assessments, die für Kinder in Nordamerika entwickelt wurden, nicht ohne eine entsprechende Anpassung auf deutsche Kinder übertragen werden können, da die Vermutung naheliegt, dass das Betätigungsverhalten hier auch entsprechend der verschiedenen kulturellen Einflüsse variiert.

#### **4.3.2.4 Politische und ökonomische Umwelt**

Als letzte Dimension fasst Kielhofner (2008) politische und ökonomische Umweltfaktoren zusammen, die einen indirekten, aber entscheidenden Einfluss auf das Betätigungsverhalten von Menschen haben. Darunter fallen, um nur einige zu nennen, der Zugang zu relevanten Institutionen wie Schulen, die Freiheit, Entscheidungen treffen zu können, aber auch die Möglichkeit, zu arbeiten und von dieser Arbeit den eigenen Lebensunterhalt zu bestreiten. Die Sozialpolitik und die ökonomische Situation eines Landes haben Einfluss darauf, inwiefern Mensch mit Einschränkungen Zugang zu Rehabilitationseinrichtungen, Hilfsmitteln und therapeutischen Angeboten haben.

Für das PEAP wurde der Betätigungskontext in physische, soziokulturelle, institutionelle, virtuelle/digitale und (zeitliche) temporale Faktoren unterteilt (Kraus & Romein 2015). Diese lassen sich, bis auf die letzten beiden Faktoren in den von Kielhofner (2008) beschriebenen Dimensionen wiederfinden. Der physische Kontext bezieht sich im Rahmen des PEAP auf greifbare und beobachtbare nichtmenschliche Objekte (Hagedorn 2000b) wie z. B. Aufzüge und Hilfsmittel oder einen Klassenraum. Die soziokulturelle Umwelt wird von den Erwartungen und Normen des direkten sozialen Umfeldes (z. B. Freunde, Familie), aber auch von kulturellen Erwartungen im Rahmen einer Gesellschaft geprägt und gebildet (AOTA 2008). Da soziale und kulturelle Kontexte zueinander in engem Zusammenhang stehen, werden sie als gemeinsamer Kontext definiert (Polatajko, et al. 2007). Der institutionelle Kontext beinhaltet die von Kielhofner beschriebenen politischen und ökonomischen Dimensionen der Umwelt, da Institutionen wie u. a. die Krankenkassen und das Gesundheitssystem die sozialen Werte und Ideale einer Gesellschaft darstellen bzw. die Verteilung von Macht und Ressourcen regeln (Polatajko et al. 2007). Besonders bei älteren Kindern nimmt der virtuelle und digitale Kontext einen immer größeren Stellenwert ein, was Einfluss auf das Freizeitverhalten der Kinder hat (Davis et al. 2002) und im PEAP in Verbindung zum soziokulturellen

Kontext steht. Der temporale Kontext, der von Dunn, Brown und McGuigan (1994) in Form des zeitlichen Kontextes als relevante Umweltkomponente erachtet wird, bezieht sich im PEAP auf die Ausführung einer Betätigung innerhalb der zeitlichen Dimension (Tageszeit, Länge der zeitlichen Verweildauer, Jahreszeit, Tagesabläufe) (AOTA 2008).

Die Betätigung und die Bedeutung der Betätigung werden somit davon beeinflusst, wo und womit die Betätigung in welcher zeitlichen Dimension ausgeführt wird und in welchem kulturellen Kontext mit welchen sozialen und institutionellen Erwartungen und/oder Verpflichtung die Betätigungsausführung belegt ist. Das PEAP greift diesen Aspekt auf, indem es für den Klienten bedeutungsvolle Betätigungen und die jeweiligen Einschränkungen in den entsprechenden Umweltbereichen erfasst.

Nachdem der Begriff der Umwelt in seinen verschiedenen Ausprägungen genauer betrachtet wurde, wird im Folgenden die Terminologie der Person beschrieben.

#### 4.3.3 Person

Der Mensch in seiner Einzigartigkeit ist der Grund, warum Ergotherapie als Disziplin existiert, er steht im Mittelpunkt aller therapeutischer Interventionen. Es gibt die reduktionistische oder die organistische Perspektive, um den Menschen und sein Verhalten zu betrachten. Die reduktionistische Perspektive vertritt den funktionalen Standpunkt. Menschen werden als maschinell, nach einem gewissen System funktionierend, beschrieben. Organistische Perspektiven sehen den Menschen als interaktives, sich anpassendes System, dass nur ganzheitlich verstanden werden kann. Objektive und subjektive Aspekte der Person stehen in Interaktion mit der Umwelt. Hierfür werden drei Determinanten genannt: die genetische Ausstattung einer Person, die Lernbereitschaft/Plastizität des Gehirns und die aktive Teilhabe/Motivation eines Menschen (Davis & Polatajko 2006). Diese Aspekte beeinflussen sich gegenseitig und formen so das menschliche Handeln. Die weitere philosophische Diskussion, ob der Mensch seinen eigenen Willen und seine eigene Macht über persönliche Entscheidungen hat oder ob in Bezug auf seine Entscheidungsfreiheit von externen Faktoren eine Abhängigkeit besteht, wird hier nicht weiter thematisiert. Relevant ist jedoch, dass der Therapeut sich seiner eigenen Werte und Überzeugungen bewusst ist und diese nicht auf den Klienten überträgt, da dieser seine eigenen Werte und Interessen bzw. sein eigenes Selbstbild hat (Hagedorn 2004). Kielhofner (2008: 32ff.) bezeichnet dies als den individuellen Willen (*volition*), das gedankliche Muster einer Person über sich und sein eigenes Handeln, das sich aus den individuellen Werten und Interessen sowie seinem Selbstbild zusammensetzt. Dieser individuelle Wille, der sich in Vorlieben, wertschätzenden Handlungen und eigenen Überzeugungen zeigt, wird von genetischen Veranlagungen, aber auch von den persönlichen Erfahrungen geprägt, die eine Person im Laufe ihres

Lebens macht. Zudem liegt eine gegenseitige Beeinflussung des Willens und der entsprechend gelebten Rollen und Gewohnheiten einer Person vor.

#### 4.3.3.1 Lebensrollen

Der Mensch führt im Laufe seines Lebens unterschiedliche Rollen mit wechselnder Priorisierung aus. Kinder sind täglich in viele verschiedene Rollen eingebunden, z. B. Enkelkind, Kind, Geschwister, Freund oder Schüler (Rodger 2010). Betätigungen werden im Zuge von Rollen ausgeführt und das Ausführen von Rollen führt zu Betätigungen. Wie diese Rollen gelebt werden, zeigt etwas über das Selbstkonzept einer Person und spiegelt ihre Identität wider (Hagedorn 2004). „Who we are is intertwined with the roles we inhabit“ (Kielhofner 2008: 60). Wie wichtig dem Kind eine Rolle ist, zeigt sich unter anderem an dem zeitlichen Aspekt, d. h. wie viel Zeit verbringt das Kind regelmäßig in dieser Rolle. Wichtigkeit und zeitlicher Aufwand müssen jedoch nicht zwangsläufig übereinstimmen, da es gesellschaftliche Vorgaben gibt, an die sich das Kind bei der Ausführung einer Rolle halten muss (Rodger & Ziviani 2006). Identifiziert sich ein Mensch mit einer Rolle, so verinnerlicht er die von der Gesellschaft damit verbundenen Zuschreibungen und seine eigene Interpretation des Rollenskripts (Fein 1990 in ebd.). Das Rollenskript für eine Rolle wie z. B. die des Grundschülers unterliegt zudem den gesellschaftlichen Veränderungen in Bezug auf Kindheit (s. Kapitel 2.2), was die enge Verbindung zwischen der Person und ihrer Rolle und der Umwelt deutlicher werden lässt.

Fallen für das Individuum wichtige Rollen aufgrund von Erkrankungen oder Veränderungen in der Umwelt weg oder können sie nicht mehr zufriedenstellend ausgeführt werden, so hat dies Auswirkungen auf das Selbstkonzept und die Identität einer Person. Um Rollen zufriedenstellend auszuführen, benötigt die Person gewisse Fähigkeiten und bestimmtes Wissen (Hagedorn 2005). Kann z. B. ein Kind aufgrund eingeschränkter motorischer Fähigkeiten die Rolle des Fußballspielers nicht zufriedenstellend ausführen, so kann es zu einem Rollenverlust kommen, der das Selbstkonzept des Kindes („ich bin unsportlich“) in der Ausführung weiterer Rollen prägt (Rodger & Ziviani 2006). Auch Zimmer (2012: 56) beschreibt die Auswirkungen des Selbstkonzeptes, dass „aus der Bewertung der eigenen Handlung und Leistung“ entsteht, auf die kindliche Entwicklung. So können häufige Misserfolgserlebnisse etwa bei Kindern mit Bewegungsbeeinträchtigungen zu einem negativen Selbstkonzept führen, was die Gefahr einer Generalisierung in sich birgt (ebd.).

#### 4.3.3.2 Fertigkeiten

Um kompetent handeln zu können, benötigt jedes Individuum Fertigkeiten (*skills*). Jeder Mensch wird mit einem unterschiedlichen Potential an möglichen Fertigkeiten geboren, die durch persönliche Anlagen wie Interesse, genetische Disposition oder umweltbedingte Einflüsse wie z. B. regelmäßiges Vorlesen durch die Eltern unterschiedlich stark ausgebildet werden (Hagedorn 2004). Die

Fertigkeiten lassen sich grundsätzlich in verschiedene Gruppen (motorische, kognitive und psychisch-soziale Anteile) unterteilen. In der ICF werden sie als Körperfunktionen bezeichnet (s. Kapitel 3.3) bei den ergotherapeutischen Modelle PEO und CMOP-E (s. Kapitel 5.1) sind es die Performanzkomponenten und AOTA spricht von Performanzfertigkeiten. Im Rahmen des PEAP werden diese als Betätigungsfertigkeiten titulierte und in motorische (z. B. Koordination), wahrnehmungsbezogene (z. B. taktile Wahrnehmung), kognitive (z. B. Aufmerksamkeit), emotionale (z. B. Motivation) sowie kommunikative und soziale (z. B. Interaktionsfähigkeit) Anteile gegliedert (Kraus & Romein 2013). Sie werden je nach individueller Situation und entsprechend der Betätigungsherausforderung in unterschiedlicher Zusammensetzung benötigt, um kompetent handeln zu können. So wird ein Kind, das zum ersten Mal im tiefen Wasser schwimmt, mehr emotionale Fertigkeiten benötigen als ein Kind, das diese Betätigung bereits seit zwei Jahren sicher ausführt und für die Ausübung überwiegend motorische Anteile benötigt. Eine weitere Unterteilung der Fertigkeiten wird von Kielhofner (2008) vorgenommen: Er beschreibt objektive Komponenten der Betätigungsfertigkeiten, die sich auf vorhandene, durch Tests verifizierbare Funktionen wie z. B. Handkraft, Konzentrationsfähigkeit und Wortschatz beziehen. Zudem zeigt die Person in ihren Fertigkeiten eine subjektive Ebene, d. h., wie die Person eine Bewegung wahrnimmt und die Ausführung interpretiert. „The objective and the subjective are bound together in any instant of performance, and both contribute to the performance“ (Kielhofner 2008: 70). Aus diesem Grunde ist es für den Therapeuten notwendig, beide Seiten zu erheben – die objektive durch standardisierte Tests und die subjektive durch Befragungen des Klienten.

Auch Kinder können nach dem subjektiven Erleben ihrer Fertigkeiten, bezogen auf relevante Betätigungen, befragt werden. Diesen Aspekt greift das PEAP in Form des PEAP-Assessments auf, wobei hier die Betätigungsausführung und nicht die Betätigungsfertigkeiten im Fokus stehen. Jedoch ist im Rahmen der Klientenzentrierung (s. Kapitel 6.2.2) nicht nur der direkt betroffene Mensch, in diesem Falle das Kind, der Klient, sondern „clients may be individuals, families, groups, communities, organisations, or populations who participate in occupational therapy services [...]“ (Townsend & Polatajko 2007: 96). Hier hat die Ergotherapie ihren Fokus von dem einzelnen betroffenen Menschen hin zu Gruppen und Organisationen erweitert. Für die Befragung im PEAP-Assessment ist von daher nicht nur die Wahrnehmung des Kindes, sondern auch die der Eltern oder weiterer wichtiger Bezugspersonen wie Lehrer oder Erzieher relevant.

Als abschließendes grundlegendes Element der Ergotherapie wird der Therapeut genannt. Dieser benötigt aufgrund des erweiterten Klientenspektrums und der sich stetig verändernden gesellschaftlichen, politischen, ökonomischen und sozialen Rahmenbedingungen (Hinojosa 2007) Fertigkeiten, die sich nicht nur auf die direkte Behandlung des Klienten konzentrieren.

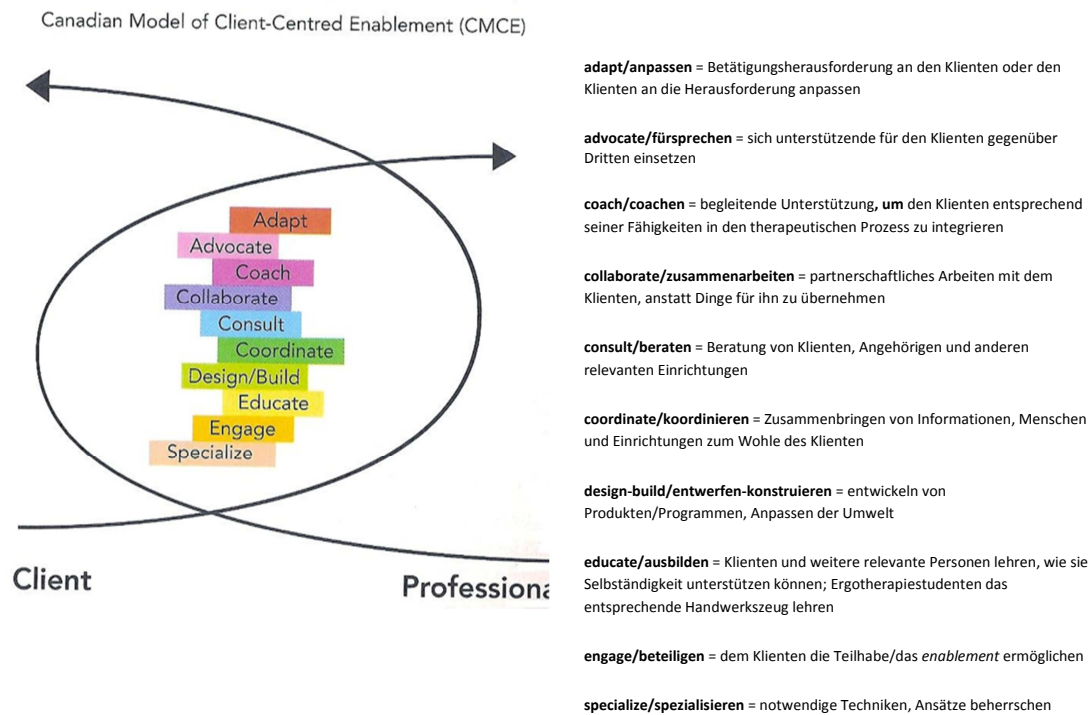
#### 4.3.4 Therapeut

Hinojosa (2007: 630) titulierte die heutige Zeit als eine des *hyperchanges*, die sich in einer steigenden Unsicherheit und schnellem Wechsel sowie steigender Zweideutigkeit und Komplexität der sich uns umgebenden Welt zeigt. Dies entspricht den Darstellungen der Postmoderne, die Auswirkungen auf das Aufwachsen der Kinder hat (s. Kapitel 2.2), aber auch berufliche Handlungen beeinflusst. Für Ergotherapeuten macht sich das bezüglich der Menge an Informationen und Informationsmöglichkeiten (u. a. Internet, Anzahl an wissenschaftlichen Artikeln) mit steigendem Zeitdruck mit gleichzeitig höheren Erwartungen an Effektivität und Effizienz der Therapie und/oder vermehrten Dokumentationsnachweisen bemerkbar (ebd.).

Da der Schwerpunkt der ergotherapeutischen Behandlung laut GEK Heil- und Hilfsmittelreport (Kemper et al. 2012) bei Kindern- und Jugendlichen liegt und diese überwiegend in ergotherapeutischen Praxen ambulant behandelt werden, lässt sich vermuten, dass von den 27.000 Ergotherapeuten, die in diesem Arbeitsfeld tätig sind (Junge 2016), die Mehrzahl mit pädiatrischer Klientel arbeitet. In den ambulanten ergotherapeutischen Praxen ist der Zeit- und Erwartungsdruck besonders groß. Therapeuten müssen in immer kürzer werdenden Therapiezeiten die bestmöglichen Ergebnisse erzielen. Zudem sind die Mitarbeiter in ergotherapeutischen Praxen häufig für die finanziellen Risiken wie etwa Therapieausfälle verantwortlich (Hucke 2009). Aufgrund der gesellschaftlichen Veränderungen treffen die Therapeuten bei der Behandlung auf komplexe familiäre Situationen wie z. B. sozial benachteiligte Familien oder Kinder mit umfassenden Entwicklungsschwierigkeiten wie u.a. psychischen Auffälligkeiten (Bollig & Ott 2008; Melzer 2004). Diese Klientel bedarf einer betätigungsbasierten und klientenzentrierten Therapie, die jedoch zunächst zeitaufwendiger (Rodger 2010) und aufgrund der weniger starken Verankerung in der deutschen Ergotherapie (s. Kapitel 4.1.2) mit mehr Unsicherheiten verbunden ist. Rogers (2010) fasst diese Aspekte als äußere Einflüsse wie Veränderungen im Gesundheitssystem, Orientierung an Modellen wie der ICF/ICF-CY und innere Einflüsse der Disziplin wie dem Paradigmenwechsel in Deutschland (s. Kapitel 4.1) zusammen.

Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, ist es notwendig, dass sich Therapeuten ihrer eigenen Fertigkeiten bewusst sind, um sich aktiv den Erwartungen der heutigen Gesellschaft zu stellen. Die Fertigkeiten, die ein Ergotherapeut benötigt, um mit dem Klienten an einer Veränderung auf Betätigungs- und Teilhabeebene zu arbeiten, werden von Townsend et al. (2007 109ff.) als *enablement & generic skills* bezeichnet und im Canadian Model of Client-Centered Enablement (CMCE) wie in Abbildung 9 (Townsend et al. 2007: 110ff.) grafisch dargestellt bzw. zusammengefasst.





process skills	professional skills	scholarship skills
analysieren, bewerten, kritische Betrachtung, evaluieren, behandeln, implementieren, intervenieren, nachprüfen, planen, reflektieren	Einhaltung der ethischen und moralischen Codes, der anfallenden professionellen Anforderungen, Dokumentation	Einsatz von EBP, Programme und Angebote evaluieren, Hervorbringen und Verbreiten von Wissen, Wissen transferieren

Abbildung 9: Canadian Model of Client-Centred Enablement & generic enablement skills

Klient und Therapeut gehen im CMCE durch die beiden schwarzen Pfeile dargestellt, eine Beziehung ein, die für einen gewissen Zeitraum (unterer bis oberer Schnittpunkt der Pfeile) anhält und je nach Bedarf mit den unterschiedlichen enablement skills oder therapeutischen Fertigkeiten „gefüllt“ wird. Den speziellen Fertigkeiten unterliegen die allgemeinen therapeutischen Fertigkeiten wie *process skills*/prozesshafte Fertigkeiten, *professional skills*/professionelle Fertigkeiten und *scholarship skills*/wissenschaftliche Fertigkeiten.

Die oben genannten Fertigkeiten werden von verschiedenen Prinzipien (Townsend et al. 2007: 112ff.) (s. Tab. 10) untermauert, die das Selbstverständnis des Therapeuten bei der Umsetzung der therapeutischen Interventionen unterstützen.



Tabelle 10: Prinzipien zur Umsetzung der therapeutischen Fertigkeiten

- Im therapeutischen Prozess wird nicht nur eine therapeutische Fertigkeit eingesetzt, sondern immer eine sinnvoll erscheinende Kombination
- die therapeutischen Fertigkeiten finden im Umfeld des Klienten Anwendung
- die Zusammensetzung der optimalen therapeutischen Fertigkeiten ist je nach Klient und Situation unterschiedlich
- Jeder Therapeut entwickelt in Abhängigkeit von Erfahrungen, Interessen und Neigungen ein persönliches Spektrum an therapeutischen Fertigkeiten
- Der Therapeut sollte so wenig wie möglich seine eigenen therapeutischen Fertigkeiten einbringen und trotzdem dem Klienten die größtmögliche Unterstützung bieten, damit er selbständig handeln kann
- Die therapeutischen Fertigkeiten werden von wissenschaftlichen Erkenntnissen untermauert
- Die therapeutischen Fertigkeiten werden in Zusammenhang mit dem Canadian Practice Process Framework (CPPF) bzw. dem Prozessmodell des CMOP-E in die Praxis übertragen

Um die Grundlagen des therapeutischen Denkens im aktuellen Paradigma mit den entsprechenden therapeutischen Fertigkeiten umsetzen zu können, bedarf es Assessments und therapeutischer Interventionen, welche die Wirksamkeit der Behandlung aufzeigen. „The challenge for occupational therapy scholars and researchers will be to develop research protocols acceptable to the scientific community“ (Hinojosa 2007: 634). Diese sollten dem Zeitalter der *hyperchange* entsprechen, indem sie flexibel sind und auf die Einzigartigkeit des Klienten eingehen, aber dem Therapeuten gleichzeitig auch eine gewisse Struktur bieten. Das PEAP-Assessment ist eine Gratwanderung zwischen klarem, strukturierten und standardisiertem Vorgehen, was für eine evidenzbasierte Praxis notwendig ist, und einem freien, individuell angepassten Prozess, der aus einem klientenzentrierten Ansatz entsteht.

„[...] Jede Anwendung des PEAP ist einzigartig, und der Prozess kann beliebig viele oder wenige der vorgeschlagenen Strukturen beinhalten. Jede PEAP Durchführung enthält aber einen vergleichbaren standardisierten Teil, der einen Vergleich zu anderen bietet sowie auch zur eigenen Evaluation dienen kann – die 15 altersrelevanten Betätigungsfelder“ (Kraus & Romein 2013: 14).

Dieses Vorgehen erfordert ein hohes Maß an therapeutischen Fertigkeiten. In welchem Maße und mit welcher Art der Therapeut diese Fertigkeiten einsetzt, ist von seiner Persönlichkeit und seinen Erfahrungen abhängig. „But even though we may share values, knowledge, and skills, what we do and how we do it varies in many ways. We must consider what influences our thinking and reasoning“ (Hinojosa 2007: 631). Das *professional reasoning*, das den Entscheidungsprozess des

Therapeuten maßgeblich mitbeeinflusst, wird in Kapitel 6.2.1 näher betrachtet. Zudem stellt sich die Frage, ob es weitere Entscheidungsmerkmale unabhängig von Persönlichkeit und Erfahrung gibt, die der Therapeut bei der Bewertung eines Assessments mit einbringt.

#### **4.4 Zusammenfassung**

Das vierte Kapitel befasst sich mit der Darstellung der Disziplin Ergotherapie. In dieser vollzieht sich derzeit aufgrund des Wandels hin zu einem holistischen Menschenbild ein Paradigmenwechsel, der bei anderen Disziplinen der Rehabilitationswissenschaften bereits abgeschlossen oder weiter fortgeschritten ist. Anhand der berufsbezogenen Paradigmen aus dem angloamerikanischen Raum wird deutlich, wie sich international der Fokus verschiebt von der ablenkenden Betätigung als therapeutisches Medium über die funktionsorientierte Therapie mit dem Fokus auf einer Verbesserung der Körperfunktionen hin zu dem Verständnis, dass die Betätigungsausführung des Klienten in den verschiedenen Lebensbereichen im Fokus der Therapie steht.

Auch in Deutschland gibt es Anzeichen für einen Paradigmenwechsel innerhalb der Ergotherapie. Jedoch bestimmt das reduktionistisch ausgerichtete Denken, bei dem eine Verbesserung der Körperfunktionen sowie ein störungsorientierter Fokus im Vordergrund stehen, weiterhin das therapeutische Handeln. Der Theorie-Praxis Transfer muss durch praktische, anwendungsnahe Elemente, wie ein strukturiertes Assessment, unterstützt werden.

Die Hauptelemente der Ergotherapie, die eine Betätigungsorientierung abbilden und im PEAP-Assessment wiederzufinden sind, werden in diesem Kapitel vorgestellt. Das als individuell erfolgreich wahrgenommene Zusammenspiel von Betätigung, Person (Klient) und Umwelt stellt die Grundlage des ergotherapeutischen Denkens dar. Zudem beeinflusst der Therapeut mit seinen beruflichen Fertigkeiten das Zusammenspiel der drei Bereiche. In dieser Arbeit werden die therapeutischen Fertigkeiten mit dem Model of Client-Centered Enablement (CMCE) dargestellt.

Um die Grundlagen des PEAP in Zusammenhang mit den in diesem Kapitel erläuterten Begrifflichkeiten darzustellen, werden in Kapitel 5 die beiden für das Assessment relevanten ergotherapeutischen Inhaltsmodelle vorgestellt: das Person-Environment-Occupation Model of occupational performance (PEO) (Law, Cooper, Strong, Stewart et al. 2006) und das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko 2007).

## 5 Ergotherapeutische Modelle

---

Die Entwicklung der ergotherapeutischen Modelle wurde und wird von den Bezugswissenschaften der Ergotherapie beeinflusst, u. a. der Psychologie und der Pädagogik. So zeigen sich die Annahmen der transaktionalen Entwicklungsmodelle (s. Kapitel 2.3) in den ergotherapeutischen Inhaltsmodellen. Als *occupational adaptation* (vgl. Schkade 2001) wird ein ergotherapeutischer Prozess beschrieben, bei dem sich der Mensch durch sein Verhalten immer wieder an neue Herausforderungen anpassen muss, jedoch auch die Umwelt aufgrund seines Verhaltens prägt und dadurch die Erwartungen an ihn verändert. So können sich die Erwartungen, die Eltern an ihr Kind nach dem Schuleintritt stellen, durch das kindliche Verhalten in den ersten Schulwochen ändern. Schafft ein Kind die Transition vom Kindergarten in die Schule angemessen, so steigen unter Umständen die Leistungserwartungen der Eltern, während ein schwieriger Übergang zu niedrigeren Leistungserwartungen in den ersten Schulwochen führen kann. Der Begriff der *occupational adaptation* findet sich im ergotherapeutischen Model of Human Occupation (vgl. Kielhofner 2008) wieder und zeigt auch hier das Wechselspiel zwischen Umwelt und Individuum, welches notwendig ist, um Strukturen und Funktionen aufzubauen bzw. gezieltes Handeln zu ermöglichen.

Transaktionelle Entwicklungsmodelle harmonisieren mit ergotherapeutischen Inhaltsmodelle, die das Zusammenspiel zwischen Person und Umwelt im Hinblick auf die Betätigungsausführung in den Mittelpunkt der Betrachtung stellen. Da Inhaltsmodelle die Grundlage ergotherapeutischen Denkens sind und die Basis des PEAP bilden, werden im folgenden Kapitel zwei Inhaltmodelle erläutert.

### 5.1 Inhaltsmodelle der Ergotherapie

Die terminologische Diskussion für Begriffe wie Modelle, Bezugsrahmen oder Ansätze ist im ergotherapeutischen Diskurs noch nicht abgeschlossen. Je nach Autor werden die Begrifflichkeiten konträr verwendet oder für das gleiche Phänomen werden andere Begrifflichkeiten genutzt, was zu Verunsicherung und fehlender Akzeptanz in der Berufsgruppe führt (Supyk-Mellson & McKenna 2010).

Um eine strukturelle Orientierung zu bieten, werden im Rahmen dieser Arbeit die Begrifflichkeiten anhand der nachfolgenden Beschreibungen definiert. So dient ein Modell allgemein dazu, Dinge zu ordnen, zu kategorisieren und komplexe Zusammenhänge vereinfacht darzustellen. Es zeigt abstrakt charakteristische Merkmale und Zusammenhänge eines Phänomens auf (Reilly in Kielhofner & Burke 1980). Einige Modelle stellen ein „Denkwerkzeug“ dar, das dazu anregt, über ein Phänomen nachzusinnen (Kielhofner & Burke 1980), aber das Denken nicht eingrenzt. Es vereinfacht komplexe Zusammenhänge, um diese besser verständlich und begreifbar werden zu lassen (Supyk-Mellson &

McKenna 2010). Diese Modelle werden im ergotherapeutischen Diskurs als Inhaltsmodelle bezeichnet. Grundsätzlich lässt sich zwischen Inhaltsmodellen, die eine theoretische Basis der Disziplin und dementsprechend eine Denkgrundlage darstellen, und den Prozessmodellen unterscheiden, die dazu dienen, Therapeuten eine Struktur an die Hand zu geben, um die Grundlagen der Inhaltsmodelle in die praktische Arbeit zu transferieren.

Bei einem ergotherapeutischen Inhaltsmodell handelt es sich um ein theoretisches Konstrukt, „[...] which operationalise the core values of occupation-focused, person-centred, and holistic practice“ (Supyk-Mellson & McKenna 2010: 71). Es gibt verschiedene Inhaltsmodelle, die zu unterschiedlichen Zeiten entwickelt wurden. So stellt *das Model of the Profession and the Concept of Adaptive Skills* (vgl. Mosey 1970) eine frühe Version eines konzeptionellen ergotherapeutischen Inhaltsmodells dar, während das KAWA-Modell (vgl. Iwama 2006) ein neueres Inhaltsmodell repräsentiert, dass sich aufgrund der Erkenntnis kultureller Unterschiede entwickelt hat. Andere Modelle wie das Model of Human Occupation (MOHO; Kielhofner 1980, 2008) wurden in den letzten 30 Jahren kontinuierlich erweitert und weiterentwickelt, während das Model of Personal Adaptation through Occupation (vgl. Reed & Sanderson) im Canadian Model of Occupational Performance (CMOP; CAOT 1997) aufgegangen ist, welches wiederum eine Weiterentwicklung zum CMOP-E (Townsend & Polatajko 2008) erfahren hat.

Dies zeigt, dass die Inhaltsmodelle den gesellschaftlichen und kulturellen Veränderungen unterworfen sind, sich jedoch alle mit dem Zusammenhang zwischen Person, Betätigung und Umwelt befassen und somit die Basis der Ergotherapie im aktuellen Paradigma beschreiben. Inhaltsmodelle sind nicht für eine gewisse Klientengruppe konzipiert. Sie stellen in der Regel für alle Fachbereiche eine theoretische Struktur dar (Supyk-Mellson & McKenna 2010). Zur konzeptionellen Entwicklung des PEAP wurden, um dem Instrument eine theoretisch-ergotherapeutische Grundlage zu geben, zwei Inhaltsmodelle herangezogen: das *Person-Environment-Occupation Model* (PEO; Law et al. 2006), das eine grundlegende Beschreibung der Interaktion Person/Betätigung/Umwelt darstellt, sowie das Canadian Model of Performance and Engagement (CMOP-E; Townsend & Polatajko 2007), als Vertreter für die aktuelle Entwicklung der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle. Zudem sind beide Modelle kongruent mit den Annahmen der ICF bzw. ICF-CY (s. Kapitel 3.3), die ebenfalls eine konzeptionelle Grundlage des PEAP bildet.

### 5.1.1 Das Person-Environment-Occupation Model

Das PEO ist Folge des in Kapitel 4.1 beschriebenen Paradigmenwechsel und dem somit in der Ergotherapie in den letzten 30 Jahren erneut aufkommenden Diskurs um den Zusammenhang zwischen Betätigung und Umwelt. Es wurde in den frühen 1990er Jahren an der McMaster-

Universität in Canada entwickelt, es befasst sich mit dem Einfluss der Umwelt auf das Betätigungsverhalten (Letts, Law, Rigby, L, Stewart, Strong 1994). Ziel war die Entwicklung eines Analysewerkzeugs, auf dessen Grundlage Assessments und Interventionen erarbeitet werden können (Law & Barker Dunbar 2008).

Das PEO unterscheidet sich in Bezug auf das *Person-Environment Occupational Performance Model* (vgl. Baum, Christiansen, Bass 2015: 49ff.) in der Genauigkeit der Darstellung. Law et al. (1996) beschreiben den Wandel in der ergotherapeutischen Theorie, Forschung und Praxis vom biomedizinischen hin zum transaktiven Modell im Vergleich zur Darstellung von Baum et al. (2015) anhand einer allgemeingültigen Beschreibung. Das im reduktionistischen/mechanistischen Paradigma vorherrschende biomedizinische Modell vertritt eine interaktive Perspektive, die Umwelt und Person als zwei Konstrukte beschreibt, die unabhängig voneinander existieren und die als getrennte Gegenstandsbereiche erforscht werden können bzw. deren Beeinflussung linear stattfindet. Dies bedeutet, dass eine Veränderung in der Umwelt Einfluss auf die Person hat, welche vorhergesehen und kontrolliert werden kann. Der transaktive Ansatz hingegen sieht die Person und die Umwelt als gleichberechtigte Konstrukte an, die in Abhängigkeit voneinander stehen und nicht getrennt voneinander betrachtet werden können; dies entspricht damit den transaktionellen Modellen der Entwicklungstheorie (s. Kapitel 2.3). Da sich die Umwelt einer Person regelmäßig verändert, muss sich auch das Verhalten der Person entsprechend der jeweiligen Betätigung anpassen. Diese Idee wird im PEO-Modell aufgegriffen und durch das Zusammenspiel dreier grundlegender Komponenten beschrieben: der Person, der Umwelt und der Betätigung (ebd.) (s. Abb. 10) Die Person wird als einzigartiges, ganzheitliches Wesen beschrieben, das eine Vielzahl an Rollen gleichzeitig ausfüllt. Jeder Mensch bringt individuelle Eigenschaften (Performanzkomponenten) und seine Lebenserfahrung in die Transaktion mit ein. Die Umwelt wird weit gefasst und beinhaltet zu gleichen Teilen kulturelle, sozioökonomische, institutionelle, physische und soziale Aspekte. Betätigung wird dabei in Anlehnung an die Definition von Christiansen und Baum (1991) als ein Cluster aus Aktivitäten und Aufgaben verstanden, die von einer Person ausgeführt werden, um ihre persönlichen Bedürfnisse in verschiedenen Bereichen zu befriedigen. Die Überschneidung dieser drei Komponenten stellt die *occupational performance* (Betätigungsperformanz oder -ausführung) dar (s. Abb. 10).

„Occupational performance is the outcome of the transaction of the person, environment and occupation. It is defined as the dynamic experience of a person engaged in purposeful activities and tasks within an environment“ (Law et al. 1996: 16).

Je größer die Überschneidung, desto größer ist die Harmonie zwischen der Person und der Herausforderung, die die Betätigung an sie stellt, sowie der Umwelt, in der die Betätigung stattfindet. Die größtmögliche Überschneidung ist ein Aspekt, der bei der Ausführung von Betätigung angestrebt

wird, damit die Person in ihrem Handeln, wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, *flow* erfährt (King 2010). Im PEO wird bei größtmöglicher Überschneidung der drei Komponenten von *maximizes fit* und bei kleinster Überschneidung von *minimizes fit* gesprochen (Law & Barker Dunbar 2008).

Dies wird, ähnlich dem Modell der Salutogenese (vgl. Antonovsky 1979), das Gesundheit nicht als Zustand, sondern als einen ständig wandelnden Prozess begreift, beim PEO-Modell als zeitliche Veränderung beschrieben. Diese impliziert eine Veränderung der Betätigungsperformanz über die Lebensspanne eines Menschen. So kann die Betätigungsperformanz z. B. im Kleinkindalter eine große Überschneidung darstellen. Durch den Schuleintritt und die damit einhergehenden Veränderungen in der Umwelt sowie die neuen Betätigungsherausforderungen, auf die das Kind nicht entsprechend reagiert, kann es zu einer Reduzierung der Betätigungsperformanz und dadurch zu einer Veränderung des Gesundheitszustandes kommen (Law et al. 1996).

Grundsätzlich beschreibt das Modell, dass Veränderungen in der Betätigungsperformanz durch Veränderungen der persönlichen Eigenschaften (Performanzkomponenten) stattfinden können, wobei manche Eigenschaften für Veränderungen offener sind als andere. Die größere Möglichkeit der Veränderung wird in der Umwelt gesehen, da sich diese leichter anpassen lässt. Die Veränderung der Betätigungsperformanz hin zu einer größtmöglichen Überschneidung der drei Komponenten stellt die Aufgabe der Ergotherapie dar (Law et al. 1996). Das Outcome der Therapie kann an einer veränderten Betätigungsperformanz gemessen werden, wenn diese zu Beginn der Therapie erhoben wurde. Hierfür werden jedoch valide und reliable Assessments benötigt, die Betätigungsperformanz als Messgröße verstehen. Die Idee, Assessments auf Grundlage des PEO zu entwickeln, wird anhand der Konzeption des PEAP aufgegriffen. Das PEAP (s. Kapitel 7) misst für Kinder zwischen 5;0 und 8;11 Jahren die Betätigungsperformanz in verschiedenen Betätigungsbereichen bei Produktivität, Freizeit und Selbstversorgung. Es ermöglicht dem Therapeuten, die Betätigungsausführung des Kindes durch verschiedene Zugänge (Gespräch und Einschätzung mit dem Kind; Einschätzung durch Eltern und Erzieher/ Lehrer; eigene Fachexpertise) zu erheben.

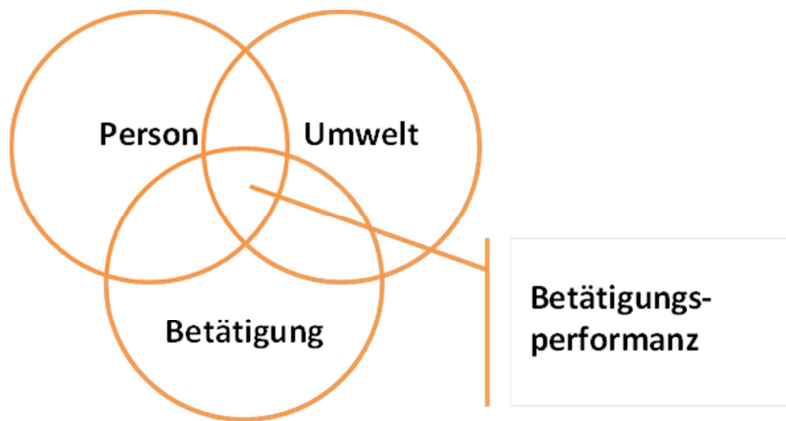


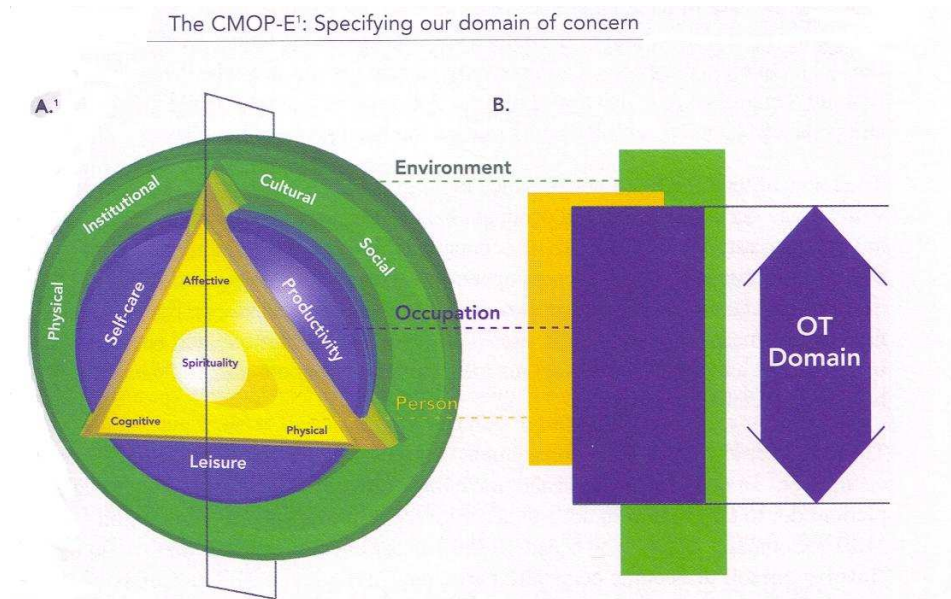
Abbildung 10: Darstellung des PEO-Modells

Das in Abbildung 10 dargestellte PEO-Modell (Law et al. 1996: 18) bietet eine universelle Struktur, die alle relevanten Begrifflichkeiten der aktuellen Ergotherapie beinhaltet (s. Kapitel 4.3). So wurde das Zusammenspiel zwischen Person, Betätigung und Umwelt im PEAP u. a. bei der Erstellung der PEAP-Räder (s. Kapitel 7) aufgegriffen. Die Grundannahmen des Modells lassen sich auf alle aktuellen ergotherapeutischen Inhaltsmodelle wie etwa auf das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko 2007) übertragen. Die Konzeption des PEAP basiert neben dem PEO-Modell auf dem CMOP-E, das im folgenden Kapitel in Bezug auf Kinder bzw. mit den für das PEAP relevanten Aspekten beschrieben wird.

### 5.1.2 Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement

Das CMOP-E (Townsend & Polatajko 2007) stellt die Weiterentwicklung des CMOP (CAOT 1997) dar. In beiden Modellen findet sich mittig die Person mit ihrer Spiritualität und den Performanzkomponenten, umgeben von der individuellen Umwelt. Die Verbindung zwischen Person und Umwelt ist die Betätigung, da der Mensch Betätigungen immer innerhalb der Umwelt ausführt (s. Abb. 11 Teil A; Townsend & Polatajko 2007: 23).





**Abbildung 11: Das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement**

Als grafische Neuerung wurde bei der Erstellung des CMOP-E der Teil B der Abbildung 11 hinzugefügt. Die farbigen Balken zeigen die Kernkonstrukte Betätigung, Umwelt und Person der Ergotherapie auf und verdeutlichen hiermit die ergotherapeutische Domäne. Begrenzt wird das Aufgabengebiet der Ergotherapie durch die Betätigung. Alle Anliegen (ohne eine Beteiligung von Betätigung), die Person und Umwelt betreffen, stellen keine Ergotherapie dar (Townsend & Polatajko 2007). Jedoch gibt es Überschneidungen zwischen Umwelt und Betätigung, die die Person nicht einschließen und trotzdem Teil der ergotherapeutische Domäne sind. Dies soll grafisch veranschaulichen, dass es neben der in Kapitel 4.3 und 5.1.1 erläuterten *occupational performance*, der aktiven Betätigungsausführung, noch weitere Formen der Betätigungsinteraktion wie u. a. das *occupational engagement* gibt. Diese impliziert, wie in Kapitel 4.3 erläutert, das Beteiligtsein an Betätigung, ohne als Person aktiv werden zu müssen. Aufgrund dieser Veränderung wurde der Name des Modells um den Begriff des *Engagements* erweitert.

Zudem zielt die Überschneidung zwischen *occupation* und *environment* darauf ab, dass Ergotherapeuten Umwelthanpassungen zur Verbesserung des *occupational engagement* durchführen sollten und dadurch nicht direkt mit der Person arbeiten. So kann z. B. die Einrichtung eines barrierefreien Zugangs zum Klassenraum dem Kind im Rollstuhl die Teilhabe am Unterricht in der Regelschule ermöglichen. Hier findet eine Anpassung der Umwelt zur Steigerung des *occupational engagements* statt, ohne direkte therapeutische Intervention mit dem Kind durchzuführen.

#### 5.1.2.1 Begrifflichkeiten des CMOP-E im pädiatrischen Kontext

Die Person (Townsend & Polatajko 2007) setzt sich im CMOP-E aus den Anteilen der Spiritualität und den Performanzkomponenten zusammen. Spiritualität bezieht sich auf die Persönlichkeit, die Werte



und die Überzeugungen, die einen Menschen einzigartig und unverwechselbar machen (CAOT 1997). „Occupational therapists explore spirituality by listening to people speak of their lives“ (Kirsh 1996 in ebd.: 43). Durch das klientenzentrierte Vorgehen im Rahmen des PEAP (s. Kapitel 6.2.2) das die Wahrnehmung der Kinder und Eltern von Anbeginn an in den Therapieprozess integriert, wird der Einzigartigkeit des Kindes und seiner Familie Rechnung getragen. Da Kinder in enger Beziehung mit ihren Eltern oder anderen Bezugspersonen aufwachsen, würde es nicht der ganzheitlichen Sichtweise entsprechen, nur einen von beiden in den Therapieprozess zu integrieren (Rodger & Keen 2010). Zudem wird die Spiritualität in der Ergotherapie unterstützt, indem Kinder durch das Ausführen bzw. Beteiligt sein in für sie bedeutungsvollen Betätigungen begleitet werden und durch dieses Handeln ihr Sein entdecken (Mandich & Rodger 2006). Zur Zeit des mechanistischen Paradigmas lag der Schwerpunkt der Behandlung ausschließlich auf den Performanzkomponenten des Kindes, wodurch der Therapeut die alleinige Verantwortung und das Wissen innehatte, was eine Beteiligung besonders von Kindern, aber auch von Eltern am Therapieprozess als nicht notwendig erscheinen ließ. Dies hat dazu beigetragen, dass die ergotherapeutische Behandlung von den Klienten häufig nicht verstanden und der Bezug zum Alltagsproblem nicht deutlich wurde. Um entsprechend den Annahmen des aktuellen Paradigmas zu handeln und nicht nur die Spiritualität des Kindes zu erfassen, hat in der pädiatrischen Ergotherapie ein gedanklicher Wechsel stattgefunden:

„In the last decade, there has been a growing recognition of parents' own need and the importance of considering the parents and other family members when planning and executing therapy goals“ (Law 2002; Lawlor & Mattingly 1998; Rodger 2006, Rodger, Braithwaite, Kenn 2004 in Rodger & Keen 2010: 52).

Aus diesem Grund wird im PEAP nicht nur die Einschätzung des Kindes, sondern auch der Klientengruppe, d. h. der Eltern, Lehrer/Erzieher oder anderer wichtiger Bezugspersonen, von Anfang an durch das PEAP-Assessment erhoben.

Die Performanzkomponenten einer Person werden in affektive Anteile (alle sozialen und emotionalen Funktionen), kognitive Anteile (alle mentalen, geistigen Funktionen) und physische Anteile (sensorische, motorische und sensomotorische Funktionen) unterteilt (CAOT 1997). Für das PEAP wurde, bis auf den Bereich der kognitiven Anteile, eine etwas differenziertere Unterteilung und eine andere Bezeichnung (Betätigungsfertigkeiten) gewählt, welche die physischen Anteile in motorische und wahrnehmungsbezogene und die affektiven Anteile in emotional und kommunikativ/soziale aufsplittet (Kraus & Romein 2013). Da die Wahrnehmung und die Wahrnehmungsverarbeitung wichtige Prozesse in der kindlichen Entwicklung darstellen und die affektiven Anteile im CMOP-E (Townsend & Polatajko 2007) sehr umfassend sind, kommt die genauere Differenzierung der Betätigungsfertigkeiten der Betätigungsanalyse im PEAP entgegen. Betätigungsfertigkeiten finden bei der Durchführung des PEAP nur dann Beachtung, wenn sie

Auswirkungen auf die Betätigungsausführung haben. So ist es nicht von Interesse, wenn z. B. die Gleichgewichtsverarbeitung (physische Performanzkomponente CMOP-E; wahrnehmungsbezogene Betätigungsfertigkeit PEAP) bei einem Kind nicht altersentsprechend entwickelt ist, das Kind jedoch alle für ihn wichtigen Betätigungen zufriedenstellend ausführen kann. Entscheidend ist, wenn z. B. die nicht entwicklungsgerechte Hand-Auge-Koordination (physische Performanzkomponente CMOP-E; motorische Betätigungsfertigkeit PEAP) das Kind bei der erfolgreichen Ausführung der Betätigung „Schuhe zubinden“ hindert.

Betätigungen (Townsend & Polatajko 2007) finden statt, um sich zu entspannen/zu erholen (Bereich Freizeit), um einen sozialen/ökonomischen Anteil (bei Kindern fällt hierunter auch das Spiel und die Schule) zu leisten (Bereich Produktivität) oder sich um sich selbst zu kümmern (Bereich Selbstversorgung) (CAOT 1997). Ob eine Betätigung von einer Person als Erholung oder als Produktivität wahrgenommen wird, ist subjektiv unterschiedlich. So kann für ein Kind das Puzzeln erholsam sein, für ein anderes jedoch eine starke kognitive Herausforderung darstellen und somit unter den Bereich der Produktivität fallen. Zudem hängt es davon ab, in welcher Umwelt die Betätigung durchgeführt wird. So ist das Schreiben eines Briefes als schulische Aufgabe eine produktive Betätigung, während das Schreiben eines Briefes an einen Freund eine Betätigung im Freizeitbereich darstellt (CAOT 1997).

Für das PEAP-Assessment und somit für die Erhebung der Betätigungen wurden jeweils 15 Betätigungsfelder für aktuell zwei Altersgruppen (5;0 bis 6;11 Jahre und 7;0 bis 8;11 Jahre) erstellt. Diese enthalten häufig durchgeführte Betätigungen der entsprechenden Altersgruppe (Kaatz 2008; Kraus & Romein 2013) und teilen sich, wie im CMOP-E, in die Bereiche Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Ein Betätigungsfeld enthält Schlüsselbetätigungen der jeweiligen Altersgruppe. So umfasst z. B. das Betätigungsfeld Körperpflege (Bereich Selbstversorgung) der 5;0- bis 6;11-jährigen Kinder Schlüsselbetätigungen wie u. a. Zähne putzen, Haare bürsten oder Gesicht waschen (s. Anlage 2, 3 & 4). Schwerpunktmäßig wird in diesem Prozess die selbständige Durchführung der Betätigung, die *occupational performance*, bewertet. Zudem wird über Qualitätsmerkmale wie Selbständigkeit oder Zeitdauer das Ausmaß der Betätigungsausführung erhoben. Um der Individualität und somit der Spiritualität der Klientengruppe gerecht zu werden, gibt es für jeden Betätigungsbereich ein nicht vorgegebenes, offenes Betätigungsfeld, das individuell relevante Betätigungsbereiche erfasst.

Die Umwelt (Townsend & Polatajko 2007) wird im kanadischen Modell in kulturelle Umwelt (ethnische, zeremonielle und Routine-Handlungen), institutionelle Umwelt (rechtliche, politische und ökonomische Faktoren), physische Umwelt (natürliche und geschaffene Umgebung) und soziale Umwelt (soziale Vorlieben und Beziehungsmuster von Menschen, die in einer organisierten

Gemeinschaft leben; soziale Gruppierungen) aufgegliedert (CAOT 1997). Für ein Kind im Grundschulalter zeigt sich die Umwelt in seinen verschiedenen Facetten, z. B. durch Rituale innerhalb der Familie wie das gemeinsame Abendessen (kulturell), strukturelle Vorgaben durch die Schule wie etwa klassenübergreifendes Lernen (institutionell), das Leben in einer kleinen Wohnung in einer Großstadt (physisch) und das gemeinsame Spiel mit Freunden (sozial). Für das PEAP wurde, wie in Kapitel 4.3.2 beschrieben, die Umwelt in physische, soziokulturelle, institutionelle und temporale Faktoren unterteilt (Kraus & Romein 2013). Bis auf den temporalen Aspekt sind alle in der Unterteilung des CMOP-E wiederzufinden.

## 5.2 Zusammenfassung:

Im ergotherapeutischen Diskurs, bezogen auf die theoretischen Grundlagen und die weitere disziplinimmanente Entwicklung, nehmen ergotherapeutische Inhaltsmodelle eine entscheidende Position ein. Dabei sind Inhaltsmodelle theoretische Konstrukte, die das Zusammenspiel von Betätigung, Person und Umwelt im Hinblick auf eine gesteigerte subjektive Betätigungsausführung und somit einem verbesserten gesundheitlichen Wohlbefinden und einer gesundheitsbezogenen Lebensqualität des Einzelnen aufzeigen. Von Bedeutung für die vorliegende Arbeit sind dabei das Person-Environment-Occupation (PEO) Model of occupational performance (Law et al. 2006) und das Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko 2007). Beide Modelle stellen neben der ICF die theoretische Grundlage des PEAP-Assessments dar und werden aus diesem Grund allgemein und in Bezug auf die pädiatrische Perspektive in diesem Kapitel beschrieben.

Der ergotherapeutische Behandlungsprozess umfasst die Evaluation, Intervention und das Outcome. Im Rahmen dieser Arbeit liegt mit dem PEAP-Assessment der Schwerpunkt auf der Evaluation. Aus diesem Grund wird im folgenden Kapitel zuerst auf die Befunderhebung in der Ergotherapie im mittleren Kindesalter allgemein eingegangen, um anschließend die unterschiedlichen Assessmentformen zu betrachten. Das Kapitel umfasst zudem die therapeutisch relevanten Aspekte bei der Befunderhebung.

## 6 Befunderhebung in der Ergotherapie im mittleren Kindesalter

---

Die Befunderhebung innerhalb der Ergotherapie kann mithilfe von verschiedenen Messinstrumenten realisiert werden, unter denen das PEAP-Assessment eine Möglichkeit darstellt. Das PEAP hat als ergotherapeutisches Assessment u. a. den Anspruch, gemeinsam mit Kindern und ihren Bezugspersonen Betätigungsschwierigkeiten in verschiedenen Betätigungsfeldern zu erheben. Von daher entspricht es dem Trend, der von der interdisziplinären Kindheitsforschung ausgeht. In diesem neuen Forschungsgebiet haben sich unterschiedliche Fachrichtungen zusammengeschlossen, um mit Hilfe verschiedener Zugänge herauszufinden, wie Kinder ihr Leben gestalten und erleben. Intention ist es nicht nur, über Kinder zu forschen, sondern sie als Akteure anzuerkennen und die Forschung mit ihnen zu gestalten (Bamler, Werner, Wustmann 2010). Soziologische, psychologische, pädagogische, historische sowie kulturelle Perspektiven werden beachtet und ermöglichen diesem Forschungsfeld, das Handeln der Kinder nicht nur aus einer Sicht zu beschreiben, sondern die Komplexität kindlichen Handelns durch mannigfaltige Blickwinkel zu betrachten. Jedoch fokussiert jedes Forschungsprojekt in diesem Gebiet, je nach Schwerpunkt der Forschung, ein spezielles Themenfeld, was auch dazu führt, dass es keine allgemeingültige Definition des Gegenstandsbereiches der Kindheitsforschung gibt, da jeder Fachbereich andere Schwerpunkte setzt (ebd.). Die Ergotherapie mit ihren verschiedenen Bezugswissenschaften und mit ihrem Fokus auf individuell erlebter Betätigung und deren Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität hat in diesem Feld die Möglichkeit, im therapeutischen Setting mit Kindern gemeinsam ihre Betätigungsausführung zu erheben und somit „Forschung“ im Hinblick auf die kindliche Perspektive im praktischen Kontext durchzuführen. Die gesundheitsbezogene Lebensqualität stellt ein latentes Konstrukt dar, was sich direkt nur über Indikatoren wie emotionale Befindlichkeit, Schmerz usw. operationalisieren lässt (Schumacher et al. 2003). Da die Ergotherapie davon ausgeht, dass die subjektiv erlebte Ausführung von Betätigung Auswirkungen auf das Wohlbefinden hat (Christiansen & Townsend 2010), ist die Betätigungsausführung ein weiterer Indikator für die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Die Lebensqualität von einer außenstehenden Person bewerten zu lassen ist schwierig, da für das Konstrukt keine normative Definition vorliegt und es sich um ein ausschließlich subjektives Phänomen handelt (Schumacher et al. 2003).

Bei der Betätigung gibt es eine Beziehung zwischen kindlicher Entwicklung und der Entwicklung von Betätigungsausführung: die Betätigungsentwicklung. Diese wird definiert als „the gradual change in occupational behaviours over time, resulting from the growth and maturation of the individual in interaction with the environment“ (CAOT 1997: 40). Führt das Kind eine Betätigung aus, so ist davon auszugehen, dass es grundlegende körperliche Funktionen entwickelt hat und die Umwelt ihm die

Möglichkeit gibt, die Betätigung auszuführen (Romein 2016) und es somit ein gewisses Niveau der Betätigungsentwicklung erreicht hat. Trotz der Individualität, die der Betätigung und ihrer Ausführung innewohnt, sowie der kulturellen und sozialen Umwelt, die die Betätigungsentwicklung jeweils stark beeinflusst, gehen Davis und Polatajko (2006 & 2010) davon aus, dass die wichtigsten Kennzeichen der kindlichen Betätigungsentwicklung aufgeführt werden können. Die Periodisierung der Betätigung hat folgenden Vorteil: „Da Handeln sich immer als Produkt subjektiver und objektiver Strukturierung darstellt, ist das Erreichen eines Strukturniveaus immer als gelungene Passung der Person-Umwelt-Interaktion zu sehen“ (Fischer 1996: 59). Für den nordamerikanischen Raum haben Davis und Polatajko (2010: 162f.) die *Ages and Stages of Occupational Development* für Kinder und Jugendliche zwischen null und 18 Jahren erstellt. Diese basieren auf den *Vineland Adaptive Behavior Scales* (vgl. Sparrow, Balla, Cicchetti 1984), die adaptives kindliches Verhalten in vier Dimensionen misst (Kommunikation, alltägliche und motorische Fertigkeiten, Sozialisierung). Die *Ages and Stages of Occupational Development* (Davis & Polatajko 2010: 163) beschreiben für Kinder zwischen 5;0 und 6;11 Jahren für den Bereich der Selbstversorgung; u. a. „badet oder duscht ohne Unterstützung“ und für die Bereiche der Produktivität und Freizeit, u. a. „fährt, ohne zu stürzen, Fahrrad ohne Stützräder“.

Somit ist es möglich, Betätigungsausführung sowohl subjektiv als auch auf der Grundlage von Fremdbeurteilung zu erfassen. Dies lässt sich auf die Konzeption und den Einsatz von Assessments im therapeutischen Bereich übertragen. Während der Dominanz des mechanistischen Paradigmas lag der Schwerpunkt der Behandlung und somit auch der Befunderhebung auf der Körperfunktionsebene. Bei diesem Ansatz stellen Messinstrumente wie der M-ABC2 (vgl. Petermann et al. 2008), der FEW-2 (vgl. Büttner, Dacheneder, Schneider, Weyer 2008) oder der BOT-2 (vgl. Blank, Jenetzky, Vinçon 2014), die motorische Entwicklung bzw. Fähigkeiten und die visuelle Wahrnehmung messen, die Hauptinformationsquellen zur Datenerhebung dar. Mit dem Perspektivenwechsel zu einem holistischen, kontextbezogenen Denken des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas sind die Informationen aus den körperfunktionsorientierten Assessments nicht mehr ausreichend, was sich in der Konzeption neuer Assessments wie etwa des PEAP widerspiegelt. Im folgenden Abschnitt wird der Begriff des Assessment definiert und verschiedene Assessmentarten kategorisiert.

## 6.1 Definition des Gegenstandsbereiches

Der Begriff Assessment ist breit gefasst und wird im Rahmen dieser Arbeit synonym mit den Begriffen Erhebungs- bzw. Messinstrument verwendet. Er kann als Befund- oder Statuserhebung definiert werden und unterstützt einen Prozess der systematischen Datensammlung (Harth & Pinkepank 2007). Assessments werden in den Rehabilitationswissenschaften mit dem Fokus auf chronische

Krankheiten und Behinderungen eingesetzt und um deren Auswirkungen auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu erfassen. Aufgrund des veränderten Gesundheitsverständnisses sind in den letzten Jahren vielfältige Instrumente entwickelt worden, um den Stand der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu messen (Biefang & Schuntermann 2000; Bullinger 2000; Ravens-Sieberer et al. 2008). Für den pädiatrischen Bereich hat die Erfassung der Lebensqualität von Kindern in Relation zum Erwachsenenbereich aufgrund von Bedenken wie u. a. der Abhängigkeit der Bewertung von Alter und Entwicklungsstand des Kindes, der kindlichen Reflexionsfähigkeit sowie der Zuverlässigkeit kindlicher Urteile erst später eingesetzt (Bullinger 2016). Mittlerweile gibt es jedoch einige Instrumente wie z. B. KINDL (vgl. Bullinger, Brütt, Erhart, Ravens-Sieberer 2008) oder KID-SCREEN (vgl. Ravens-Sieberer, Gosch, Rajmil, Erhart, Bruil, Duer et al. 2005).

Da die zufriedenstellende Betätigungsausführung einen Teilaspekt der gesundheitsbezogenen Lebensqualität darstellt, sollten in der Ergotherapie Assessments, die Betätigung und ihre Ausführung in den Mittelpunkt der Erhebung stellen, eingesetzt werden. Grundsätzlich lässt sich für die Ergotherapie der Begriff Assessment definieren als ein

„[...] specific tool, instrument, or systematic interaction (e.g., observation, interview protocol) used to collect occupational profile and occupational performance areas during the evaluation process. Assessments, which vary from basic to complex, are component parts of the evaluation process“ (Hinojosa, Kramer, Crist 2010: 3).

Assessments stellen also einen Teilbereich des Evaluations- oder Befunderhebungsprozesses dar und werden in der Ergotherapie aus verschiedenen Gründen eingesetzt: erstens, um das Verhalten einer Person zu beschreiben und mit einer ähnlichen Gruppe zu vergleichen, zweitens, um den Zusammenhang zwischen Körperfunktionen und Alltagsschwierigkeiten zu erkennen und Prognosen zu entwickeln, sowie drittens, um Ergebnisse der therapeutischen Intervention darzustellen (Miller Polgar 2003). „Information gathered through measurement helps occupational therapists to design interventions for individuals or groups and evaluate the outcomes of these programs“ (Baum & Law 2005: 15). Sie tragen dadurch zu einer Verbesserung der Ergebnisqualität (vgl. Donabedian 1966) im therapeutischen Prozess bei (Härter et al. 2003). Ergotherapeuten stehen verschiedene Instrumente mit unterschiedlichen Schwerpunkten zur Verfügung. Es können quantitative oder qualitative Verfahren zum Einsatz kommen, wobei quantitative den Gegenstandsbereich messen, qualitative Verfahren diesen beschreiben (Rogers & Holm 2003). Zudem muss der Therapeut festlegen, auf welcher Ebene er den Einsatz eines Assessments benötigt. So gibt es Instrumente, die die Körperfunktionen messen, u. a. den Frostig-Entwicklungstest der visuellen Wahrnehmung (FEW-2), der die visuelle Wahrnehmung für Kinder im Vor- und Schulalter in verschiedenen Teilbereichen erhebt (vgl. Büttner et al. 2008). Diese Instrumente werden als Tests bezeichnet. Hierunter wird das Sammeln von Informationen über die Fertigkeiten des Individuums unter kontrollierten

Bedingungen, verstanden (ERIC 2004 in Law & Baum 2005). Auch Messinstrumente, welche die Betätigungsausführung evaluieren (wofür das *Assessment of Motor and Process Skills* (AMPS) (vgl. Fischer 2006) ein probates Beispiel darstellt), sind hier zu verorten. Bei den Messinstrumenten, die das Erheben der Betätigungsausführung in den Vordergrund stellen, lässt sich ferner zwischen *performance-based assessments* und *self-assessments* unterscheiden. Erstere gewinnen Daten auf Basis einer Beobachtung des Klienten durch den Therapeuten während der Durchführung einer Betätigung wie z. B. das AMPS. Zweitere beziehen sich bei der Datengewinnung auf die Befragung von Klienten, etwa durch Interviews in Bezug auf ihre Betätigungsausführung (Ottenbacher & Christiansen 1997) wie z. B. das Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al. 2011).

Grundsätzlich können und sollten Daten im Befunderhebungsprozess je nach Notwendigkeit durch unterschiedliches methodisches Vorgehen gewonnen werden. Therapeuten generieren Informationen durch Beobachtungen, Interviews, Fragebögen und Tests (Harth & Pinkepank 2007). Häufig gibt es innerhalb eines Instrumentes eine Kombination aus quantitativem und qualitativem Vorgehen. „Measurement of occupational performance includes the use of both quantitative and qualitative approaches from the perspective of the client, his or her family or caregiver, and the occupational therapist“ (Baum & Law 2005: 16).

Im ersten Schritt des Befundungsprozesses ist es notwendig, ein möglichst „breites“ Messinstrument zu wählen. Einerseits geschieht dies, um die Alltagsschwierigkeiten des Klienten und seine Perspektive (subjektive Einschätzung der Betätigungsausführung) kennenzulernen. Hierfür eignen sich solche Interviews oder Methoden am besten, die den Klienten animieren, über seine Betätigungsausführung zu sprechen (Dunn 2005). Andererseits benötigt der Therapeut Beobachtungssituationen, um objektive, sichtbare Komponenten der Betätigungsausführung zu erheben (McColl & Pollock 2005). Als besonders wichtig wird dieses vielseitige Vorgehen bei der Durchführung von Assessmentverfahren bei jungen Kindern beschrieben, da die kindliche Einschätzung häufig von jener der Eltern oder weiterer Bezugspersonen abweicht. Eltern können nur das beschreiben, was sie sehen und was sie darüber denken, wie ihr Kind fühlt oder wie sie selbst in dieser Situation empfunden hätten (Laver Fawcett 2007). Ein Assessment, das verschiedene Methoden für den pädiatrischen Bereich kombiniert, ist das *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) (vgl. Hayley, Coster, Ludlow, Haltiwanger, Andrellos 2014). Hier beobachtet der Therapeut das Kind zudem findet ein Interview mit den Eltern statt.

Wählt der Ergotherapeut den *top-down* Ansatz (s. Kapitel 4.1) so wird dieses Vorgehen sein therapeutisches Handeln von Beginn an lenken. Das Erheben der Betätigungsausführung steht im Mittelpunkt der Evaluation. Hierfür muss ein Assessment gewählt werden, das am besten zum

Klienten und zur gegebenen Situation passt. Zudem muss der Therapeut entscheiden, ob der Prozess der Betätigung oder das *Outcome* gemessen werden soll. Instrumente, die den Prozess bewerten, prüfen, wie die praktische Umsetzung erfolgt, um zu sehen, wie sich der Klient in verschiedenen Situationen verhält. *Outcome Assessments* messen das Ergebnis einer Betätigung oder Aktion und vergleichen es am Ende der Behandlung mit den Daten der Ersterhebung (Dunn 2005). Das PEAP (2015) ist ein neues, für den deutschen Sprach- und Kulturraum konzipiertes „breites“ *Outcome Assessment*, das auf Grundlage der ICF eine Befunderhebung nach *top-down* ermöglicht. Die Messphasen der therapeutischen *top-down-Befunderhebung* nach Law und Russell (2005: 33ff.) und die Phasen des PEAP (Kraus & Romein 2015) lassen sich in folgenden Schritten zusammenfassen:

**Tabelle 11: Messphasen der top-down-Befunderhebung in Bezug zum PEAP**

	Messphasen im therapeutischen Befunderhebungsprozess		Übertrag PEAP
Erfassungsphase PEAP	I.	Identifizieren der Betätigungsprobleme seitens der Person	Durchführung des PEAP-Assessments mit dem Kind
	II.	Identifizieren der Betätigungsprobleme für die Person durch Dritte	Ergebnisse aus dem Bewertungsbogen/Gespräch für Eltern und Erzieher/Lehrer; Gesamtbewertung durch den Therapeuten
Analysephase PEAP	III.	Einsatz weiterer Assessments, um spezifische Betätigungsbereiche zu evaluieren	Auf Grundlage der Ergebnisse aus dem PEAP-Assessment: Einsatz von betätigungsorient. Assessments wie dem Pediatric Volitional Questionnaire (vgl. Basu et al. 2008)
	IV.	Einsatz von Assessments, um die Umweltbedingungen und die relevanten Körperfunktionen in Bezug zu den Betätigungsproblemen zu evaluieren	Betätigungsanalyse  Einsatz des PEAP-Rädchens; falls notwendig, weiterer Test wie z. B. BOT-2
Evaluationsphase PEAP	V.	Wahl des Outcome Messinstrumentes	PEAP-Assessment
	VI.	Durchführung des Messinstrumentes	Erneute Bewertung durch Klientengruppe und Bewertung des Therapeuten anhand der Betätigungsfelder
	VII.	Interpretation der Ergebnisse	Auswertung & Darstellung der Ergebnisse anhand der Schweregrad-kategorie; gemeinsame Entscheidung über weiteren Therapieverlauf



Das PEAP beinhaltet sowohl einen quantitativen Teil (Einschätzung der Betätigungsfelder), der durch die Klientengruppe (Kind, Eltern und Lehrer/Erzieher) und durch den Therapeuten auf Grundlage der quantitativen wie auch der durch Beobachtung gewonnenen qualitativen Daten durchgeführt wird. Da es sowohl die Befragung der Klientengruppe (*self-assessment*) als auch die Erhebung durch den Therapeuten (*performance-based assessment*) beinhaltet, deckt es eine breite Spanne zur Datengewinnung ab.

Der vollständige PEAP-Prozess lässt sich auf die von Law und Russell (2005) beschriebenen Messphasen übertragen. Das PEAP-Assessment konzentriert sich als Teilbereich des PEAP und im Fokus dieser Forschung stehender Aspekt auf den Beginn der therapeutischen Intervention. Dieser Einstieg ist für Therapeut und Klient von Bedeutung und formt die grundlegenden Erwartungen des gemeinsamen Arbeitens. Von daher ist eine Auseinandersetzung mit wichtigen Aspekten notwendig, die ausschlaggebend für eine gelungene Durchführung des PEAP-Assessments sind.

## 6.2 Therapeutisch relevante Aspekte bei der Befunderhebung

### 6.2.1 Professional reasoning

Als *professional reasoning*<sup>10</sup> („professionelles Argumentieren“) wird der komplexe Denkprozess des Therapeuten auf einer metakognitiven Ebene bezeichnet, der sich mit dem Planen, Durchführen und Reflektieren der ergotherapeutischen Behandlung befasst (Schell 2003a). Er impliziert das Benennen und Erkennen von Problemen auf Grundlage des Verständnisses der persönlichen Situation des Klienten unter Berücksichtigung der eigenen Fertigkeiten, Normvorstellungen und Erwartungen sowie des therapeutischen Kontexts (Feiler 2003). Vereinfacht gesagt, handelt es sich um das „Denken über das Denken“, ein Prozess der von jedem Therapeuten in einer ergotherapeutischen Intervention durchgeführt wird. „It is not a question of whether you are doing it, only a question of how well“ (Schell 2014: 385).

Jede Form des *professional reasoning* kommt im therapeutischen Prozess zum Einsatz, jedoch entsprechend der Situation und Expertise des Therapeuten mit unterschiedlicher Gewichtung (Feiler 2007). Schell (2003b) beschreibt bezüglich der Entwicklung von Erfahrung mit dem *professional*

---

<sup>10</sup> *Professional reasoning* umfasst die Formen des *clinical reasoning*, bezieht aber auch außerklinische Praxiskontexte mit ein (Schell & Schell 2008). Der Begriff des *clinical reasoning* kommt ursprünglich aus dem medizinischen Bereich und wurde lange für den therapeutischen Kontext übernommen. Aufgrund dessen wird in der ergotherapeutischen Literatur momentan noch überwiegend von *clinical reasoning* gesprochen. Kielhofner & Forsyth (2002) prägten den Begriff des *therapeutic reasoning*. Die Veränderung der Begrifflichkeit hat das Ziel, das ganzheitliche, therapeutische nicht nur auf den medizinischen Aspekt forcierte Denken angemessen zu umreißen. Aufgrund dessen wird im Rahmen dieser Arbeit der Begriff des *professional reasoning* verwendet.

*reasoning* fünf Phasen: vom Anfänger (nach Abschluss der Ausbildung) über den leicht fortgeschrittenen Anfänger (erste Praxisjahre) und den kompetenten Therapeuten (nach ca. drei Jahren) und den Meister (nach ca. fünf Jahren) bis zum Experten (nach ca. zehn Jahren). In jeder Stufe erlernt der Therapeut durch praktische und persönliche Erfahrung und Reflexion über die Praxis weitere Aspekte des *professionals reasonings*.

Fleming (1991) hat als Erste verschiedene Denkstrukturen (*prozedurale*, *interactive* und *conditional reasoning*) beschrieben, die Ergotherapeuten den unterschiedlichen Problemen entsprechend anwenden, auf die sie treffen, bzw. die alle ihre spezielle Vorgehensweise haben. Diese Formen des Reasonings wurden als *therapist with the three-track mind* bekannt (s. Abb. 12; Mendez & Neufeld 2003: 9). Dies bedeutet, dass der Therapeut unbewusst von einer Reasoning-Form zur nächsten wechselt, während er über seinen Klienten und dessen Alltagsschwierigkeiten nachdenkt – mit dem Ziel, diese Situation aus möglichst viele verschiedenen Perspektiven zu begreifen (Mendez & Neufeld 2003).

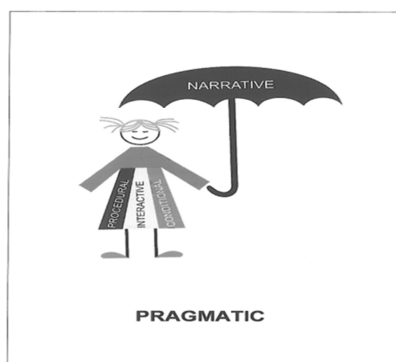


Abbildung 12: Darstellung der Reasoningformen

Das *prozedurale Reasoning* wurde später dem *scientific reasoning*, welches das analytisch-wissenschaftliche Denken beschreibt, untergeordnet. Hagedorn (1994) hat dieser Form noch das *predictive reasoning* hinzugefügt. Zudem wurden dem *scientific reasoning* das *diagnostic reasoning* (Roger & Holm 1991) angefügt. *Interactive reasoning*, das durch Gefühle und Wahrnehmung bestimmtes Denken, und *conditional reasoning* hingegen, das durch Vorstellungsvermögen geleitete Denken, blieben weiterhin in Form dieser Begrifflichkeiten

bestehen (Feiler 2003). Im Jahr 1994 wurde von Fleming das *narrative reasoning*, das Denken in und durch Geschichten, den drei Denkstrukturen angefügt. Es wird in Abbildung 12 als Regenschirm dargestellt, da die drei anderen Formen vom *narrative reasoning* beeinflusst werden. „The contents of the other tracks can be organized, stored, and shared through narrative reasoning“ (Mendez & Neufeld 2003: 12). Das *pragmatic reasoning*, das Denken an die realistischen Fakten, wurde in den späten 1990er Jahren von Schell und Chapparo erforscht (Feiler 2007) und stellt in der Abbildung 12 den Rahmen dar. Das *ethic reasoning* (Hagedorn 2009), die Bedeutung von Werten in der therapeutischen Arbeit, wird als letzte Form zu den Haupt-Reasoning-Formen gezählt. In Tabelle 12 sind die unterschiedlichen Reasoning-Formen im Überblick dargestellt (Feiler 2003; Feiler 2007; Hagedorn 2009; Schell 2003a):

Tabelle 12: Darstellung der verschiedenen Reasoning-Formen innerhalb der Ergotherapie

Formen des professional reasoning	Denkformen und situativer Einsatz	Fähigkeiten des Therapeuten
<b><i>Scientific reasoning</i></b>	Logisches, sachliches Denken	analytische Fähigkeiten (Problemidentifikation, -analyse, -lösung), um die Behandlung zu planen
<b><i>Diagnostic reasoning</i></b>	Setzt vor dem ersten Kontakt ein; beruht u. a. auf Diagnose und Alter des Klienten; daraus entsteht eine Erwartungshaltung	Wissen um Erkrankungsbild und mögliche Alltagsschwierigkeiten
<b><i>Prozedurale reasoning</i></b>	Beginnt mit dem Erstkontakt zwischen Therapeut und Klient; Hypothesen über die Ursachen eines Problems werden aufgestellt	Auf Grundlage der Hypothesen werden entsprechende Assessments und Behandlungsmethoden ausgewählt; stützt sich auf medizinisches Fachwissen.
<b><i>Predictive reasoning</i></b>	Beruht auf den Erfahrungen des Therapeuten aus ähnlichen Situationen und wird verwendet, um eine prognostische Einschätzung zu gewinnen	
<b><i>Interactive reasoning</i></b>	Durch Gefühle, Wahrnehmung und Beobachtung geleitetes Denken; dem Klienten vermitteln, dass die Behandlung individuell ist. Diese Reasoning-Form individualisiert die Erkenntnisse aus dem scientific reasoning.	interaktive Fähigkeiten wie Akzeptanz, Empathie, Respekt, Optimismus, Humor
<b><i>Conditional reasoning</i></b>	Durch Vorstellungsvermögen geleitetes Denken; nicht nur ein kognitiver Denkprozess, sondern auch auf dem persönlichen Weltbild des Therapeuten beruhend	Erfassen des Gesamtzustandes des Klienten; Vorstellung, wie die Konditionen sich verändern können; begreifen, was dem Klienten wichtig ist
<b><i>Narrative reasoning</i></b>	Das Denken in und durch Geschichten; Verständnis für die Krankheitsgeschichte gewinnen; über den Klienten sprechen	Individuelle Lebens- und Krankheitsgeschichte des Klienten erfassen; gemeinsame Geschichte mit dem Klienten positiv gestalten

# Formen des professional reasoning

## Denkformen und situativer Einsatz

## Fähigkeiten des Therapeuten

<b>Pragmatic reasoning</b>	Sachlich pragmatisches Denken in Bezug auf den persönlichen Kontext des Klienten und des Therapeuten sowie den Praxiskontext	Pragmatische Gegebenheiten bezüglich des persönlichen Kontextes (Ausbildung, Motivation, Interaktionsfähigkeit) und des Praxiskontextes (ökonomische Bedingungen, bauliche Bedingungen) berücksichtigen
<b>Ethic reasoning</b>	Das durch Einstellungen, Werte und Haltung geprägte Denken	Ethische Überzeugungen des Therapeuten (persönliche und berufsspezifische) und des Klienten erkennen und zum Wohle des Klienten anwenden

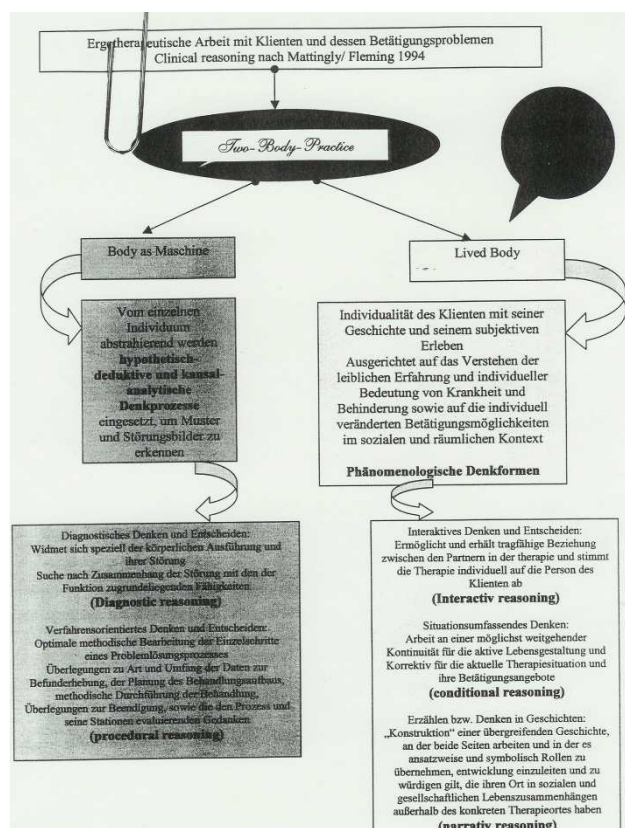


Abbildung 13: The two-body-practice

Aufgrund der unterschiedlichen Reasoning-Formen beschreibt Mattingley (1994) eine *two body practice*, die Ergotherapeuten anwenden, wenn sie die Situation des Klienten erfassen und entsprechend darauf reagieren. Das therapeutische Denken wird auf zwei unterschiedlichen Ebenen geleitet: der des hypothetisch-deduktiven Vorgehens, die dem *scientific reasoning* mit seinen Unterformen zugeordnet werden kann, und der Ebene des phänomenologisch geleiteten Denkens, zu dem sich *interactive*, *conditional* und *narrative reasoning* zählen lassen (s. Abb. 13; Mattingley & Fleming 1994). Ersteres beruht auf dem medizinischen Denken, den Körper funktional zu betrachten, Zweiteres bezieht

sich auf die Erkenntnis, dass die Person mehr sein kann als die Summe seiner Teile, somit als individuelles Lebewesen mit persönlichen Neigungen und Werten zu verstehen ist. *Pragmatic* und *ethic reasoning* lassen sich als weitere, kontextbezogene Reasoning-Formen diesem Bild als Rahmen hinzufügen.

In Bezug auf die berufliche Erfahrung lässt sich grundsätzlich sagen, dass sich die drei Haupt-Reasoning-Formen (*scientific*, *interactive* und *conditional*) nicht zeitgleich entwickeln. In der Regel wird das *scientific reasoning* von den Therapeuten als erstes verstanden und umgesetzt. Dem folgt nach einiger Zeit das *interactive reasoning* „when we are less concerned with whether or not what we are doing is right [scientific reasoning; Anm. d. Verf.], we are better able to interact with our clients and understand the illness experience for him/her“ (Mendez & Neufeld 2003: 12).

Dies bedeutet nicht, dass es vorher keine Interaktion zwischen Therapeut und Klienten gegeben hat, mit der Erfahrung im *scientific reasoning* legt der Therapeut jedoch größeren Wert auf die interaktiven Aspekte. Fühlt der Therapeut sich bezüglich seines *scientific* und *interactive reasoning* zunehmend sicherer, so kommt das *conditional reasoning*, das Therapeuten dabei hilft, eine Zukunftsvision für den Klienten zu entwickeln, mit hinzu (Mendez & Neufeld 2003).

Kronenberg, Algado und Pollard (2011) sowie Pollard, Kronenberg und Sakellariou (2008) haben in den 2000er Jahren eine weitere Form des *professional reasoning* entwickelt: das *political reasoning*. Dessen Idee der Einbeziehung des politischen Denkens in die ergotherapeutische Arbeit stellt keine neue Entwicklung dar, sondern hat ihren Ursprung in der *arts and crafts movement* der USA (s. Kapitel 4.1.1). Diese war politisch motiviert und hatte das Ziel, der Entfremdung des Menschen von seiner Arbeit und seinem Produkt durch die Industrialisierung entgegenzuwirken (Alward & Gross 2009). Die aktuelle Entwicklung des *political reasoning* soll Ergotherapeuten dazu ermutigen, als Fürsprecher für ihre Klienten einzutreten und deren Interessen in der Gesellschaft zu vertreten (CAOT 2002).

Der Prozess des *professional reasoning* spiegelt die Denkweise des Therapeuten wider und hat somit Auswirkungen auf sein Handeln. „Clinical reasoning is central to the process of evaluation. In their professional lives, occupational therapists engage in constant reflection, making choice after choice about which pieces of information needed to reach an effective decision“ (Hinojosa et al. 2010: 1).

Der Therapeut kann durch das *professional reasoning* sein Handeln begründen. In Bezug auf die Bewertung eines Klienten im Rahmen eines Assessments sollte das *professional reasoning* ein wichtiger Aspekt sein.

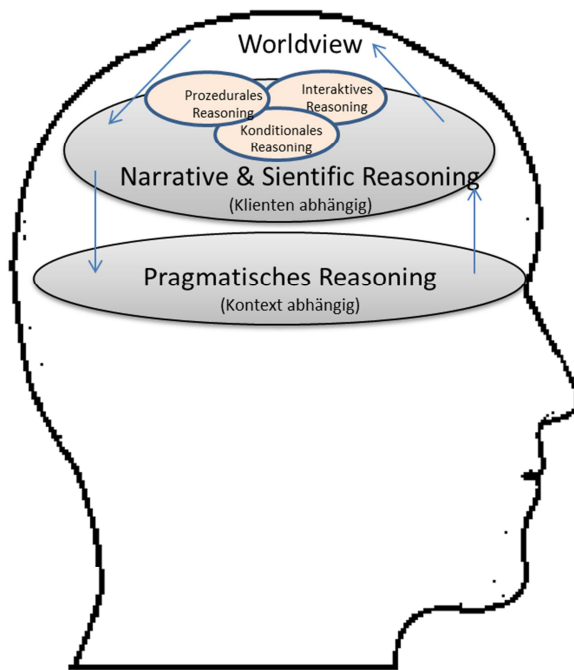


Abbildung 14: Zusammenspiel der professional Reasoning Formen

Alle Reasoning-Formen werden, wie in Abbildung 14 (in Anlehnung an Unsworth 2004; Egan & Dubouloz 2014) deutlich wird, vom *worldview* des Therapeuten beeinflusst. Er beinhaltet unter anderem die Werte, Überzeugungen, ethischen Einstellungen sowie die Motivation des Therapeuten. Er lässt sich somit als eine „Linse, durch die wir die Welt sehen“ (Egan & Dubouloz 2014: 31), beschreiben. Jedoch ist es nicht einfach, den eigenen Blick auf das Weltgeschehen zu reflektieren. Besonders wichtig ist es, die eigene *worldview* kritisch zu betrachten, wenn Klienten zögerlich oder ablehnend auf Empfehlungen reagieren (Unsworth 2004; Egan & Dubouloz 2008).

Das *professional reasoning* ist eine relevante Fähigkeit, die Therapeuten dabei unterstützt mit dem Klienten gemeinsam Lösungen für Betätigungsschwierigkeiten zu erarbeiten. Zudem spielt hier das klientenzentrierte Denken eine wichtige Rolle.

### 6.2.2 Klientenzentrierung

Der Begriff der Klientenzentrierung wurde erstmals von Carl Rogers verwendet (vgl. Rogers 1939). Er geht dabei davon aus, dass Menschen, die Unterstützung benötigen, bei der Lösung ihrer Schwierigkeiten eine aktive Rolle spielen sollten. Zudem benennt er Klienten als Experten bezüglich ihrer Schwierigkeiten, Erfahrungen und Lebensrealitäten, was für den Therapeuten zur Konsequenz hat, dass er ausreichend Zeit investieren sollte, um dem Klienten zuzuhören und von seinen Erfahrungen zu lernen (Law & Mills 1998). Diese veränderte Sichtweise hat, wenn sich der Therapeut auf diese Perspektive einlässt, zur Folge, dass nicht mehr der Begriff des „Patienten“, der eine hierarchische Perspektive verkörpert, verwendet wird, sondern der Begriff des „Klienten“, der die medizinische Ebene nicht in den Vordergrund stellt und eine Gleichberechtigung zwischen Therapeut und betroffener Person propagiert (Pollock & McColl 1998). Zudem haben Aspekte wie Lebensqualität und Ganzheitlichkeit innerhalb der Ergotherapie an Wichtigkeit gewonnen und lassen sich mit dem klassischen Heilauftrag, der den Patienten mit seinen Einschränkungen heilt und Linderung verschafft, nicht mehr vereinbaren (Beyermann 2006). Overmann (1997) beschreibt in seiner Professionalisierungstheorie die Interaktion zwischen Therapeut und Klient, die durch die

„beschränkte Autonomie“ des Klienten beeinflusst wird und durch die therapeutische Tätigkeit nicht weiter unterstützt werden darf. Da Therapieerfolg und Autonomie des Klienten zusammenhängen, ist eine dauerhafte Veränderung nur durch ein gemeinsames Arbeitsbündnis möglich, das die Autonomie und Würde des Klienten wahrt. Um dieses Arbeitsbündnis als gleichberechtigter Partner einzugehen, benötigt der Klient Informationen, Wissen und Motivation sowie Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit, was ihm vom Therapeuten angemessen vermittelt werden muss. Trotz Vermittlung dieser Aspekte bleibt ein Unterschied zwischen Therapeut und Klient bestehen, da die Fähigkeiten in Bezug auf das Verständnis der Erkrankung ungleich verteilt sind. So kennt der Klient zwar seine Lebensumstände besser, weiß aber nicht so viel über Behandlungsmöglichkeiten und Erkrankungen (Beyermann 2006). Therapeuten müssen somit dafür Sorge tragen, dass beim klientenzentrierten Arbeiten „[...] die Selbstbestimmtheit des Klienten nicht in ein Sich-selbst-überlassen-Sein umschlägt, da in der Regel die Ergotherapeuten auch bei optimaler Patienteninformation die fachlich größere Kompetenz besitzen“ (ebd.: 97f.).

Unter Klienten werden nicht nur die Personen, die Probleme bei der Ausführung von Betätigungen haben, subsumiert. Es fallen auch Bezugspersonen darunter, die für den Klienten sprechen können (Sumsion 1999). In der pädiatrischen Ergotherapie sind dies häufig Eltern, Erzieher oder Lehrer.

Für die Ergotherapie hat sich die folgende Definition der Klientenzentrierung bewährt:

„Klientenzentrierte Ergotherapie ist eine Partnerschaft zwischen Therapeut und Klient. Den Betätigungszielen des Klienten wird Priorität eingeräumt, sie stehen im Mittelpunkt von Erhebung und Therapie. Der Therapeut hört dem Klienten zu, respektiert und adaptiert seine Intervention so, dass sie den Bedürfnissen des Klienten gerecht wird. Der Klient ist aktiv an der Vereinbarung der Behandlungsziele beteiligt, und es wird ihm durch Training und Unterweisung ermöglicht, Entscheidungen zu treffen. Therapeut und Klient arbeiten gemeinsam an den herausgefundenen Schwierigkeiten, die durch unterschiedliche Umweltaspekte zustande kommen, damit der Klient seine Rollenerwartungen erfüllen kann“ (Sumsion 1999: 6).

Um diese Aspekte der Klientenzentrierung im therapeutischen Prozess zu verwirklichen, bedarf es im ersten Schritt klientenzentrierter Assessments, die nach Law, Baum und Dunn (2005) folgende Aspekte beinhalten sollen:

- Betätigungsschwierigkeiten werden von den Klienten (Kind und weitere Bezugspersonen) benannt und vom Therapeuten mit seiner Fachexpertise begleitet;
- der Erfolg der ergotherapeutischen Behandlung wird an einer Veränderung auf Betätigungsebene festgemacht;
- Messung der Veränderung von Betätigungsausführung sowohl auf der subjektiven als auch der objektiven Ebene;



- der Einfluss relevanter Umweltaspekte findet in klientenzentrierten Messinstrumenten Beachtung;
- das Messinstrument spiegelt die individuelle Betätigungsausführung des Klienten wider.

Diese Aspekte greift das PEAP auf. Klientenzentrierung mit Ermächtigung stellt ein Hauptmerkmal des PEAP-Prozesses dar. Beyermann (2006) beschreibt, dass Klientenzentrierung dazu beiträgt, Behandlungsziele gemäß den Interessen des Klienten zu formulieren und den Realitätsrahmen des Klienten möglichst realistisch einzuschätzen.

Jedoch scheint grundsätzlich eine Diskrepanz zwischen der Relevanz der Klientenzentrierung im therapeutischen Prozess und deren Umsetzung zu existieren. Die Mehrzahl der Therapeuten sieht die Klientenzentrierung in einer Erhebung von Neistadt (1995) als wichtig und grundlegend an; die Umsetzung gelingt jedoch nur wenigen (Pollock & McColl 1998). Kjellberg et al. (2012) stellten in einer Umfrage unter 285 schwedischen Ergotherapeuten fest, dass 90 % die Klientenzentrierung als sehr wichtig erachten; 70 % gaben an, dass eine Steigerung der Klientenzentrierung im therapeutischen Prozess vonnöten sei. Da sich diese Arbeit mit einem klientenzentrierten, pädiatrischen Assessment befasst, wird im Folgenden auf die möglichen Schwierigkeiten bei der Umsetzung klientenzentrierter Assessments mit Kindern eingegangen.

Die häufigsten Schwierigkeiten, die bei der Durchführung klientenzentrierter Assessments genannt werden, sind das Gefühl des Therapeuten bezüglich fehlender zeitlicher Ressourcen, Klienten, die nicht direkt in der Lage sind, ihre Schwierigkeiten zu artikulieren, der Unsicherheit darüber, wer der Klient ist, und der Kontext, in dem die Therapie stattfindet, z. B. eine hierarchisch ausgerichtete Klinik (McColl & Pollock 2005). Gerade bei Kindern ist der Aspekt der aktiven Teilhabe an dem Assessment aufgrund der sprachlichen und kognitiven Entwicklung erschwert (ebd.), was dazu führt, dass die Klienten je nach Fertigkeiten nicht alle in der gleichen Intensität an dem Entscheidungsprozess teilnehmen (Law & Baum 2005). Auch die Struktur des gewählten Assessments ist von Bedeutung. Offene Interviews können Kinder und ihre Bezugspersonen überfordern, halb-strukturierte Interviews wie u. a. das Canadian Occupational Performance Measure (COPM; Law et al. 2011) geben dem Therapeuten und dem Klienten strukturelle Vorgaben zur Orientierung (Pollock & McColl 1998).

Um die Schwierigkeiten konstruktiv anzugehen, ist der Einsatz einer klientenzentrierten Gesprächsführung mit Kindern von Vorteil. Was hierbei beachtet werden sollte und wie diese gestaltet werden kann, wird im nächsten Abschnitt erläutert.



### 6.2.3 Gesprächsführung mit Kindern

Beim PEAP-Assessment handelt es sich um ein strukturiertes Gespräch. Trotz der strukturierten Vorgaben sind Erfahrungen und Kompetenzen in der klientenzentrierten Gesprächsführung unabdingbar (Kraus & Romein 2013). Von daher ist es im Rahmen dieser Arbeit relevant, sich mit den grundsätzlichen Aspekten, die bei der Befragung von Kindern in der Literatur beschrieben werden, auseinanderzusetzen. Im Alter zwischen sechs und acht Jahren machen die kognitive und somit auch die sprachliche Entwicklung des Kindes jeweils einen großen Schritt nach vorn (Delfos 2013). Deswegen ist es im Hinblick auf die Durchführung eines Gespräches mit Kindern in der mittleren Kindheit notwendig, sich mit der sprachlichen und kognitiven Entwicklung in dieser Altersspanne zu befassen.

#### Kognitive Entwicklung in der mittleren Kindheit

Die Theorie von Piagets bezieht sich überwiegend auf die allgemeine kognitive Entwicklung und stellt ein Entwicklungstheoretisches Stufenmodell dar (Lohaus & Vierhaus 2015). Laut dieser Theorie befinden sich Kinder in der mittleren Kindheit im Übergang von der präoperationalen (2–6 Jahre) zur konkret-operationalen (7–11 Jahre) Phase, was mit einer Veränderung vom eindimensionalen auf mehrdimensionales Denken einhergeht (Lohaus & Vierhaus 2015).

**Tabelle 13:** Gegenüberstellung Präoperationale und konkret-operationale Phase

Präoperationale Phase (2-6 Jahre)	Konkret-operationale Phase (7-11 Jahre)
Egozentrismus des Denkens: Schwierigkeiten die Perspektive einer anderen Person einzunehmen	Entwicklung der Perspektivübernahme: Wünsche anderer Personen werden berücksichtigt; verschiedene Aspekte eines Sachverhalts werden erkannt
Statisches, wenig prozesshaftes Denken: Denkprozesse orientieren sich am augenblicklichen Zustand	Entwicklung des prozesshaften Denkens: Planung von Handlungsabläufen und Koordinierung von Handlungen; Operation in Raum und Zeit
Zentriertheit auf eine Aufgabendimension	Komplexeres Denken gebunden an konkrete Abläufe

Die vereinfachte Gegenüberstellung der Phasen (aus: Lohaus & Vierhaus 2015; Schneider & Hasselhorn 2012) zeigt, welche Unterschiede in der kindlichen Entwicklung von Piaget anhand des Stufenmodells beschrieben wurden. Sein Verdienst liegt in der Konzeption einer kognitiven Entwicklungstheorie, anhand derer kindliches Verhalten verständlich und Konsequenzen zur

Wissensvermittlung abgeleitet wurden (Lohaus & Ball 2006). Jedoch wird die Theorie von Piaget seit einiger Zeit kritisch diskutiert. Neuere Erkenntnisse gehen davon aus, dass Piaget die kindlichen Kompetenzen unterschätzte und die Altersangaben zu hoch sind bzw. dass er die Konsistenz des kindlichen Denkens überschätzt. Zudem gelten manche Aspekte der Theorie, z. B. dass drei- oder vierjährige Kinder nicht den Blickwinkel anderer Menschen einnehmen oder nicht über Ursache-Wirkungs-Verhältnis reflektieren können, als widerlegt (Lohaus & Vierhaus 2015; Schneider & Hasselhorn 2012). In neueren Ansätzen wird eine Verbindung zwischen den informationsverarbeitungstheoretischen Ansätzen (vgl. Mietzel 2002), die sich mit der Veränderung der Informationsverarbeitung im Laufe der Entwicklung auseinandersetzen, und der Theorie Piagets hergestellt. Das allgemeinspsychologische Mehrspeichermodell der Informationsverarbeitung beschreibt, wo und in welcher Reihenfolge Informationen vom menschlichen Gehirn gespeichert werden. Die Informationsverarbeitung durch das kognitive System verändert sich jedoch im Laufe des Lebens. So zeigt sich mit steigendem Alter ein „effizienterer Einsatz von Gedächtnisstrategien, eine effizientere Nutzung des Arbeitsspeichers, eine Zunahme automatisierter Informationsverarbeitung, die Zunahme der Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie die Zunahme des Inhaltswissens“ (Lohaus & Vierhaus 2015: 34). Zwischen dem dritten und sechsten Lebensjahr verbessert sich das autobiografische Gedächtnis, das selbst erlebte Vorgänge abspeichert. Zudem ist in diesem Alter ist die Fähigkeit des Erinnerns von Ereignissen, die dem Kind vertraut sind, besser ausgeprägt (Schneider & Hasselhorn 2012). Vorschüler sind in der Regel in der Lage, über die Gegenwart zu sprechen; ab der ersten Klasse können Kinder bereits über konkrete Anlässe aus der Vergangenheit berichten (Curtin 2001). Insgesamt tragen im Vorschulalter Erinnerungshilfen zur Unterstützung von Reproduktionsleistungen bei (Schneider & Hasselhorn 2012). Um Erinnerungs- und Erzählkompetenz zu verbinden, ist es besonders bei jüngeren Kindern (Vorschulalter, frühes Grundschulalter) sinnvoll, verschiedene Methoden miteinander zu verknüpfen (Andresen & Hurrelmann 2007; Fuhs 2000). Diese Verknüpfung kann in Interviews durch die Integration von Alltagsgegenständen oder die Kombination von Erzählungen mit Zeichnungen realisiert werden (Mey 2005). Die eingesetzten Materialien und deren Menge müssen mit Bedacht ausgewählt werden, da z. B. der zu spielerische Einsatz von Materialien dazu beitragen kann, die Grenze zwischen (Spiel-) Realität und Phantasie zu verwischen (ebd.).

Es gibt deutliche Unterschiede hinsichtlich der kognitiven Entwicklung von Kindern. Grundsätzlich kann man jedoch von einer allgemeinen Zunahme der kognitiven Leistungsfähigkeiten im Altersverlauf ausgehen (Lohaus & Vierhaus 2015). Im Hinblick auf die Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne stellen Faux, Walsh und Deatrick 1988 fest, dass Grundschulkinder grundsätzlich ein 30-minütiges Interview gut tolerieren können. Aktuelle Literatur (Delfos 2013) hingegen empfiehlt, bei sechs- bis achtjährigen Kindern eine Gesprächsdauer von 15 bis 20 Minuten

nicht zu überschreiten. Um grundsätzlich eine Überforderung zu vermeiden, ist es notwendig, auf den individuellen Bedarf von Pausen zu achten, keine abstrakten Bezüge, die nicht mit den kindlichen Erfahrungen korrespondieren, zu verwenden und Fragen nach Zeiträumen oder nach räumlichen Distanzen zu vermeiden (Heinzel 2000).

Kognition lässt sich u. a. in kausales Denken, schlussfolgerndes Denken oder metakognitive Fähigkeiten kategorisieren. Letztere nehmen bei der Bewertung und Einschätzung von eigenen Leistungen eine wichtige Position ein und beruhen auf der *Theory of Mind* (ToM) (vgl. Sodian & Thoermer 2006). Diese mentalistische Alltagspsychologie ermöglicht es bereits Kindern im Vorschulalter, „[...] sich selbst und anderen mentale Zustände (Wissen, Glauben, Denken, Fühlen) zuzuschreiben“ (Mähler 2008; Perner 1991; Sodian & Thoermer 2006 in Schneider & Hasselhorn 2012: 197). Unter metakognitiven Fähigkeiten lassen sich Kompetenzen subsumieren, „[...] die eingesetzt werden, um eigene kognitive Prozesse zu überwachen, zu kontrollieren und regulieren“ (Lohaus & Vierhaus 2015: 128). Die Entwicklung erster metakognitiver Kompetenzen beginnt mit vier Jahren (Kray & Schäfer 2012a; Schneider & Lockl 2002). Jedoch überschätzen Kinder im Kindergartenalter ihre Leistungen in der Regel; ab der ersten Klasse können Kinder gegenwartsbezogen situationsübergreifend eigene Gefühle, Fähigkeiten, Schwächen etc. differenzieren und vergleichen. Sie erkennen somit, dass sie in manchen Schulfächern kompetenter sind als andere Kinder (Curtin 2001). Kinder mit zwölf Jahren sind in der Lage, z. B. eigene kognitive Fähigkeiten angemessen zu bewerten (Kray & Schäfer 2012b; Schneider & Lockl 2002).

### Sprachliche Entwicklung in der mittleren Kindheit

Um verlässliche Antworten zu bekommen, müssen die Fragen an die Kinder in ihrem Erfahrungsbereich liegen (Andresen & Hurrelmann 2007). Dies bedeutet, dass mit Alltagsschilderungen der Kinder begonnen werden kann. Die Fragen und die Sprache müssen auf den Entwicklungsstand der Kinder abgestimmt sein. Grundsätzlich gilt: je älter die Kinder sind, desto mehr wird die nonverbale durch die verbale Kommunikation ersetzt (Fuhs 2000), wobei die individuelle sprachliche Kompetenz des Kindes entscheidend bleibt. Verallgemeinernd lässt sich sagen, dass Kinder zwischen vier und sechs Jahren die meisten Wörter aussprechen können und grammatikalisch adäquate Sätze bilden. Jedoch bedeutet es nicht, dass sie den Sinn eines jeden Wortes kennen oder alles verbalisieren können (Siegler et al. 2016). Der aktive Wortschatz bei einem Kind im sechsten Lebensjahr liegt bei ca. 5.000 Wörtern, der passive bei ca. 10.000 Wörtern; somit können sie in diesem Alter fast alles ausdrücken, was sie bewegt (Kasten 2009; Siegler et al. 2016). Erst ab acht Jahren liegt ein explizites Sprachwissen vor, das mit einer bewussten Reflexion über Sprache einhergeht (Karmiloff-Smith in Weinert & Grimm 2012).

### Allgemeine Aspekte zur Gesprächsführung mit Kindern

Andresen und Hurrelmann (2007) weisen darauf hin, dass, um das bestehende Machtverhältnis zwischen Erwachsenem und Kind zu relativieren, das Kind als Experte angesprochen werden muss. Heinzl (2000: 27) gibt zu bedenken, dass sich die Formulierung „das Kind als Experte seiner Lebenswelt anzusehen“ als ein erwachsenenzentriertes Konstrukt erweist, da sich die Ermächtigung des Kindes am Wertesystem der Erwachsenen orientiert. Dies kann dazu beitragen, dass bei Interviews zwischen Erwachsenen und Kindern die Kindheit der befragten Kinder in Bezug zu den eigenen Kindheitserinnerungen des Interviewers gesetzt wird. So kann der Blick aus der Erwachsenenperspektive dazu führen, dass die Beschreibungen der Kinder als defizitär erlebt werden, da sie den Erwachsenenstandards mit ihren festgelegten Normvorstellungen nicht entsprechen. Der Bezug zu den eigenen Kindheitserinnerungen birgt die Gefahr, dass Erinnerungen an die eigene Kindheit häufig nicht mit der damaligen Realität einhergehen. Zusätzlich wird nicht ausreichend beachtet, dass die ehemalige Kindheit der heute Erwachsenen verschieden zur heutigen Kindheit ist. Dies kann zu problematischen Vermischungen führen, die u. a. Mey in der von ihm durchgeführten „Erzählwerkstatt“<sup>11</sup> erkennt. Hier wird die heutige Kindheit von den Forschern als „anders“ beschrieben, wobei dieses „anders“ überwiegend negativ belegt ist (Mey 2005: 176 ff.).

Des Weiteren ist ein sensibler Umgang mit „heiklen“ Fragen vonnöten, da bei einem Interview Kinder auf diese antworten müssen und diese Antworten häufig im Bereich der „sozialen Erwünschtheit“ liegen (Andresen & Hurrelmann 2007: 57). Hierfür ist es, wie Heinzl (2000) betont, notwendig, sich deutlich zu machen, dass sich Kindheit in sozialisierenden Umwelten vollzieht und dass Kinder die Regeln dieser sozialen Welten in ihrem Verhalten sowohl übernehmen als auch neu gestalten. Eine dem Kind zugewandte, interessierte und emphatische Haltung des Befragers, die keinen Druck entstehen lässt, vermeintlich „richtige“ Antworten zu geben, ist hier besonders nötig (Gede & Schmidt 2004).

Es liegen für den Einsatz mit Kindern je nach Altersgruppen verschiedene Interviewformen bzw. -varianten vor, die unterschiedlich standardisiert sein können (Mey 2005). Für Kinder im Grundschulalter haben sich strukturierte qualitative Interviews, die durch den Einsatz von Hilfsmitteln wie z. B. Handpuppen, Bildkarten oder Fotos unterstützt werden, bewährt (Grunert & Krüger 2006). Dies wird im PEAP durch die vorgegebene Struktur und die verschiedenen Instrumente

---

<sup>11</sup> Mey gibt den Forschern im Rahmen einer „Erzählwerkstatt“ vor Beginn der eigentlichen Forschungsarbeit die Möglichkeit, Erfahrungen der eigenen Kindheit bewusst werden zu lassen und die heutige Kindheit zu explorieren, damit diese nicht unreflektiert in den Forschungsprozess einfließen.

wie etwa die PEAP-Karten umgesetzt, die fotografisch verschiedene Situationen aus dem Alltag unterschiedlicher Kinder zeigen.

Neben der Strukturierung des Gespräches ist die Gestaltung der Interviewsituation nicht zu unterschätzen. So sollte laut Heinzel (1997) für das Gespräch ein vertrauter, möglichst störungsfreier Ort gewählt werden. Kind und Interviewer sollten auf einer Ebene sitzen, z. B. gemeinsam auf dem Boden oder auf Kinderstühlen. Eine klientenzentrierte Gesprächsposition unterstützt den Therapeuten grundsätzlich, mit dem Kind auf eine konstruktive Gesprächsebene zu kommen. Zudem beschreibt Delfos (2013), dass Kinder allgemein wenig darauf aus sind, Gefühle und Meinungen über Dinge, die sie beschäftigten, von sich aus mitzuteilen. Bis zum Alter von acht Jahren ist ihnen oftmals nicht bewusst, dass Erwachsene nicht immer darüber informiert sind, was in ihnen vorgeht. „Die Frage ist nicht, ob Kinder eine Meinung haben oder über Informationen verfügen, sondern wie wir mit Kindern kommunizieren können, um diese Meinung zu erfahren oder die Information zu erhalten“ (ebd.: 35). Um dem Kind die Möglichkeit zu geben, seine Perspektive ohne Einschränkungen darzustellen, ist es hilfreich, die Ebene der Metakommunikation zu beachten, da diese eine grundsätzlich positive und entspannte Stimmung während des Gespräches fördert. Metakommunikation macht es möglich, die gemeinsame Gesprächsbasis zu halten und Missverständnissen vorzubeugen. Delfos (2013: 98 ff.) beschreibt die Voraussetzungen für eine gelungene Metakommunikation in Gesprächssituationen mit Kindern wie folgt:

- **Dem Kind das Gesprächsziel verdeutlichen.** Dies ist nicht nur zu Beginn notwendig, sondern auch immer dann, wenn während des Gespräches ein neues Themengebiet angesprochen wird.
- **Das Kind über die eigenen Absichten informieren.** Dies impliziert, dass der Therapeut seine (guten) Absichten klar formuliert und dadurch die Motivation für das Gespräch erhöht und die Spannung bei schwierigen Gesprächen verringert.
- **Dem Kind zeigen, dass man Feedback braucht.** Dieses kann verbaler oder nonverbaler Art sein. „Die wichtigste Quelle für das Feedback ist der Augenkontakt, wodurch sichtbar wird, ob das Kind zuhört und interessiert ist“ (Delfos 2013: 102). Jedoch ist es notwendig, den kulturellen Hintergrund nicht außer Acht zu lassen. So gilt der direkte Blickkontakt in arabischen Kulturen als fehlender Respekt des Kindes vor dem Erwachsenen (Kolthoff 2006).
- **Das Kind wissen lassen, dass es schweigen darf.** Das Schweigen kann unterschiedliche Gründe haben wie z. B. Widerstand gegen ein Gespräch oder Spannung und Anteilnahme. Für den Erwachsenen ist es wichtig, sich der verschiedenen Möglichkeiten bewusst zu sein und dem Kind diese Art des „Antwortens“ zu ermöglichen.
- **Zu benennen versuchen, was man empfindet und dem Gefühl Folge leisten.** Dies bezieht sich auf den Umgang des Erwachsenen mit seiner Intuition. „Indem man das Gegenteil

dessen tut, was man spürt, oder zu tun oder zu sagen unterlässt, was man fühlt, geht man häufiger das Risiko ein, Fehler zu machen, als wenn man seinen Gefühlen folgt“ (Delfos 2013: 104).

- **Das Kind dazu einladen, seine Meinung über das Gespräch zu äußern.** Dies ist für das Kind häufig sehr ungewohnt, kann dem Erwachsenen aber Einblicke ermöglichen, wie das Kind das Gespräch erlebt. Hierfür ist es grundlegend, dass die Frage dem Kind tatsächlich offen gestellt wird und der Therapeut nicht versucht das Kind unterschwellig zu beeinflussen. Dies kann auch durch das „aktives Zuhören“ unterstützt werden. Hierbei werden die Empfindungen des Kindes herausgehört und verbalisiert. Es stellt somit eine Steigerung des „Spiegelns“ dar, da die Gefühle „entschlüsselt“ und mitgeteilt werden (Kolthoff 2006: 78).

Die oben beschriebenen, therapeutisch relevanten Aspekte bei der Durchführung klientenzentrierter Assessments sowie der individuelle Entwicklungsstand formen das Gespräch zwischen Kind und Therapeut. Ob diese Aspekte das Bewertungsverhalten der Therapeuten formen ebenfalls, wird im Rahmen der qualitativen empirischen Erhebung erfasst. Der quantitative Teil der empirischen Erhebung bezieht sich auf die psychometrischen Gütekriterien von Messinstrumenten die aufgrund dessen im Folgenden beschrieben werden.

### 6.3 Beschreibung der psychometrischen Gütekriterien

Die Klientenzentrierung und damit einhergehende Konzentration auf die Meinung des Klienten sollte nicht alleiniges Merkmal einer erfolgreichen therapeutischen Behandlung sein. So stellen Weinstock und Hinojosa (2004: 596) fest, dass “client satisfaction alone is important but not adequate for establishing the efficacy of an intervention“. Von daher benötigen Therapeuten Messinstrumente, die die Klientensicht integrieren, aber auch Veränderungen aufzeigen können.

Um überprüfen zu können, welche Behandlung bei welcher Klientel sinnvoll und effektiv ist, benötigen Ergotherapeuten zudem Assessments, die den psychometrischen Gütekriterien entsprechen: „Standardized, efficient tools are needed to accurately measure the effectiveness of intervention“ (Weinstock & Hinojosa 2004: 596). Dies ist für den Therapeuten wichtig, um seine Arbeit gegenüber anderen Berufsgruppen zu vertreten – und für die Klienten, die ein Recht darauf haben, die beste Leistung zu erhalten. Die aus den Assessments gewonnenen Ergebnisse unterstützen den Therapeuten grundsätzlich in seinem Entscheidungsprozess. Hat der Therapeut jedoch die Möglichkeit, Assessments einzusetzen, die den psychometrischen Gütekriterien entsprechen, so kann er gemeinsam mit dem Klienten die Entscheidungen für das weitere Vorgehen auf wissenschaftlich fundierter Basis treffen (Dunn 2005). Als besonders relevant werden in der Literatur die Hauptgütekriterien der Objektivität, Validität und Reliabilität beschrieben, deren Qualität von dem Grad der Konkordanz abhängt (Moosbrugger & Kelava 2012). Je höher die Konkordanz, desto unabhängiger und genauer misst das entsprechende Instrument. Zudem werden

verschiedene Nebengütekriterien beschrieben (ebd.), wobei in dieser Ausarbeitung auf die Praktikabilität eingegangen wird.

### 6.3.1 Validität

Validität bezieht sich auf die Tatsache, dass das Instrument den Gegenstandsbereich misst, den es vorgibt zu messen – also „[...] the degree to which a test accurately measures the specific construct, trait, behaviour, or performance it was designed to measure“ (Hinojosa et al. 2010: 182). Für den Therapeuten ist es von Bedeutung, sich vor der Durchführung eines Assessments zu versichern, dass das Instrument die Informationen misst, die von Interesse sind (Dunn 2005). Test-Validität setzt sich traditionell aus drei Teilbereichen zusammen: der Inhaltsvalidität, der Kriteriumsvalidität und der Konstruktvalidität (Brown 2012). Typischerweise kann die Kriteriumsvalidität durch den Vergleich mit Ergebnissen aus anderen Assessments, die den gleichen Gegenstandsbereich messen, erbracht werden. Die Inhaltsvalidität bezieht sich auf die Validität der Items und Subskalen eines Instrumentes, d. h. die Items beinhalten den Gegenstandsbereich, der durch das Instrument erhoben werden soll. Diese Formen der Validität gelten als beschreibend (Laver Fawcett 2007), während es sich bei der empirischen Validität, die sich neben der Konstruktvalidität weiter in Übereinstimmungsvalidität und prognostische Validität aufteilen lässt, um den Nachweis von Voraussagen auf Basis der Messung eines Konzeptes handelt (Hinojosa et al. 2010).

### 6.3.2 Reliabilität

Reliabilität wird von Ottenbacher und Christiansen (1997) als Schlüsselkomponente eines Assessments bezeichnet. Portney und Watkins (1993 in Ottenbacher & Christiansen 1997: 113) stellen fest: “[...] [R]eliability is fundamental to all aspects of clinical research, because without it we cannot have confidence in the data we collect, nor can we draw rational conclusions from those data“.

Allgemein beinhaltet die Reliabilität die Zuverlässigkeit und Stabilität des Instrumentes. Sie bezieht sich auf die Frage, wie gemessen wird und fordert, dass die Messungen bei wiederholter Erhebung durch eine andere Person oder zu einem anderen Zeitpunkt reproduzierbar sind, wobei die Reproduzierbarkeit populationsspezifisch ist (Greenwood 1999). Das Ausmaß der Reliabilität wird über den Reliabilitätskoeffizienten ermittelt, der auf einer Skala zwischen Null und Eins variiert. Eins bedeutet, das Testergebnis ist frei von Messfehlern; Null gibt an, dass das Testergebnis ausschließlich durch Messfehler entstanden ist. Ein akzeptabler Reliabilitätskoeffizient sollte 0.7 nicht unterschreiten (May, Littlewood & Bishop 2006; Moosbrugger & Kelava 2012; Schlote, Krüger, Tapp, Wallesch 2004).

Auch bei der Reliabilität gibt es verschiedene Formen, wobei die wichtigsten für den therapeutischen Rahmen Test-Retest-Reliabilität, Interrater-Reliabilität, Intra-Rater-Reliabilität, Interne Konsistenz und Parallelfarm-Reliabilität sind (Laver Fawcett 2007). Im Folgenden wird ausschließlich auf die Interrater-Reliabilität eingegangen, da sie im empirischen Teil dieser Arbeit für das PEAP überprüft wird.

Bei der Interrater-Reliabilität handelt es sich um „the degree of agreement between two raters following observation of the same subject during an assessment“ (Hinojosa et al. 2010: 189). Sie ist ein Teilaspekt der Score-Reliabilität. Bei vorliegender Interrater-Reliabilität liegt eine Wiederholbarkeit der Messungsergebnisse zwischen verschiedenen Therapeuten vor und es kann davon ausgegangen werden, dass Veränderungen in der Performanz des Klienten unabhängig vom Testleiter liegen, d. h. die Konkordanz (Übereinstimmung) der Urteile ist gewährleistet. Somit stellt die Interrater-Reliabilität die Urteilskonkordanz dar (Bortz & Döring 2006). Um diese zu überprüfen, muss eine zeitgleiche Messung durch Therapeuten erfolgen, die adäquat in der Durchführung und Bewertung eines Assessments geschult wurden (Hinojosa et al. 2010).

### 6.3.3 Objektivität

Hier lässt sich in Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität unterteilen. Der Test gilt als objektiv, wenn er dem Testdurchführenden kein Verhaltensspielraum bei diesen drei Schritten eingeräumt, da Testunterlagen, Testdarbietung, Testauswertung und Testinterpretation genau festgelegt sind. Der Test kann unabhängig von Ort, Zeit, Testleiter und Auswerter durchgeführt werden und gelangt für eine Testperson bezüglich des untersuchenden Merkmals zum gleichen Ergebnis (Moosbrugger & Kelava 2012). Die Objektivität gibt somit an, in welchem Ausmaß Testergebnisse vom Testanwender unabhängig sind (Bortz & Döring 2006). Die Durchführungsobjektivität ist dann gegeben, wenn die Durchführungsbedingungen möglichst eindeutig im Umgang mit dem Testmaterial, möglichen Zeitbegrenzungen und den Instruktionen festgelegt sind, sodass die Testperson die einzige Variationsquelle darstellt. Von angemessener Auswertungsobjektivität wird gesprochen, wenn das Testergebnis nicht von der Auswertung des Testleiters abhängt. Dies wird hauptsächlich durch einheitliche Auswertungsregeln gewährleistet. Die Interpretationsobjektivität wird durch vorgegebene Regeln zur Testinterpretation gewährleistet, sodass unterschiedliche Testanwender mit demselben Wert zu den gleichen Schlussfolgerungen gelangen (Bortz & Döring 2006; Moosbrugger & Kelava 2012).

### 6.3.4 Praktikabilität

Ein reliables und valides Messinstrument muss nicht zwangsläufig für den Einsatz in der Praxis geeignet sein. Ist ein Instrument z. B. zu teuer und/oder zu zeitaufwendig, so wird es bei der



entsprechenden Berufsgruppe weniger Anklang finden als ein Instrument, das die unten beschriebenen Kriterien der Praktikabilität erfüllt (Laver Fawcett 2007). Allgemein wird die Praktikabilität eines Assessments als „the overall usefulness for an assessment in a clinical situation“ (Law 1997: 431) definiert. Die Kosten eines Assessments beziehen sich auf die Anschaffungs- und die möglichen Trainingskosten, die zeitlichen Faktoren implizieren die Einarbeitungs-, Vorbereitungs-, Durchführungs- und Auswertungszeit. Kosten und zeitliche Aspekte müssen in Relation zueinander stehen und passend zum Berufsalltag sein, um den regelmäßigen Einsatz eines Instrumentes zu gewährleisten. Zudem sind die Handhabbarkeit wie etwa die Möglichkeit, ein Instrument mitzunehmen, oder auch die Notwendigkeit, das Assessment regelmäßig zu säubern, ausschlaggebend für deren Einsatz. Des Weiteren muss ein Instrument, das von Therapeuten und Klienten akzeptiert werden soll, durch seine Design und die Relevanz einen professionellen Eindruck hinterlassen.

Für das PEAP liegen bisher keine Studienergebnisse zur Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien vor.

## 6.4 Zusammenfassung

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde in Kapitel 3 als wichtiger Indikator für den Gesundheitszustand einer Person eingeführt. Wie in Kapitel 4 anhand der Hauptelemente der aktuellen Ergotherapie sowie in Kapitel 5 auf Basis der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle erläutert, geht die Ergotherapie davon aus, dass die subjektiv erlebte Ausführung von Betätigung Auswirkungen auf das Wohlbefinden hat und die Betätigungsausführung somit ein Indikator für die gesundheitsbezogene Lebensqualität darstellt. Da es sich bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität um ein subjektives Phänomen handelt, ist die Bewertung von einer außenstehenden Person schwierig. Die Betätigungsausführung hingegen lässt sich auf Grundlage der von Davis und Polatajko (2010) entwickelten *Ages and Stages of Occupational Development* für Kinder und Jugendliche zwischen null und 18 Jahren periodisieren, wodurch sich Betätigungsausführung sowohl subjektiv als auch auf der Grundlage von Fremdbeurteilung erfassen lässt. In dem vorliegenden Kapitel wird der Begriff Assessment terminologisch verortet und zudem wird auf die Entwicklung verschiedener Assessments eingegangen. Bisher lag der Schwerpunkt der in der Ergotherapie eingesetzten Assessments auf der Körperfunktionsebene. Mit dem in Kapitel 4 beschriebenen Perspektivenwechsel hin zu einem holistischen, kontextbezogenen Denken der Disziplin sind körperfunktionsorientierte Assessments nicht mehr ausreichend, was sich in der Konzeption neuer Assessments wie etwa des PEAP widerspiegelt. Zudem fordert das aktuelle Paradigma vom Therapeuten das Wissen und den adäquaten Einsatz von Theorien wie dem *professional reasoning*, der Klientenzentrierung und der Gesprächsführung mit Kindern. Das Kapitel schließt mit einer

Beschreibung der psychometrischen Gütekriterien, die eine Grundlage darstellen, um Veränderungen messbar zu machen und somit wesentlich in Bezug auf die Wirksamkeit ergotherapeutischer Behandlungen sind.

Das PEAP-Assessment ist ein *top-down* orientiertes *Outcome Assessment*, das von Therapeuten im pädiatrischen Kontext eingesetzt werden kann, um Daten zur Betätigungsausführung zu gewinnen. Es ist zu vermuten, dass Therapeuten zur Durchführung und zur Bewertung des PEAP-Assessments ihr *professional reasoning* einsetzen, klientenzentriert vorgehen und Aspekte der Gesprächsführung mit Kindern nutzen. Der Frage, in welchem Maße und wie genau diese Anteile eingesetzt werden, wird im Rahmen der qualitativen Fragestellung (Kapitel 8) nachgegangen bzw. wird in Kapitel 10 und 11 beantwortet. Des Weiteren ist das PEAP, wie im folgenden Kapitel deutlich wird, ein Assessment, das Veränderungen auf ordinalskaliertem Niveau abbilden möchte. Im quantitativen Teil dieser Arbeit wird die Interrater-Reliabilität für die Ordinalskalierung des PEAP-Assessments überprüft. Auf das empirische Vorgehen wird in Kapitel 8 und 9 eingegangen. Um im Vorfeld ein grundlegendes Verständnis für das Instrument zu gewinnen, findet im nächsten Kapitel eine ausführliche Beschreibung des vollständigen PEAP-Prozesses statt.

## 7 Das Pädiatrisch Ergotherapeutische Assessment- und Prozessinstrument

---

Die Arbeitsgruppe ‚Pädiatrisches Assessment‘ (P-Ass AG) des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (vgl. Romein & Espei 2007) bildet den Vorläufer der Entwicklungsgruppe zum PEAP. Die P-Ass AG ging von 2003 bis 2007 der Fragestellung nach, wie der therapeutische Nutzen der Ergotherapie vor Familien, Ärzten, Erziehern, Lehrern und Krankenkassen erbracht werden kann. Im Zuge dessen wurde deutlich, wie relevant geeignete Testverfahren und Befundstrukturen auf Betätigungsebene sind. Verschiedene Assessments wurden einer Ist-Analyse unterzogen, wobei nur zwei aus dem anglophonen Raum kommende Assessments, das Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al. 2011) und das Child Occupational Self Assessment (COSA) (Pätzold, Wolf, Hörning, Hoven 2008), den Kriterien eines klientenzentrierten, betätigungsorientierten Vorgehens entsprachen. Zudem entwickelte die P-Ass AG eine allgemeine Befundstruktur, die Klientenzentrierung und Betätigungsorientierung in den Vordergrund der Therapie stellt (Romein & Espei 2007).

Die Konzeption des im Folgenden ausführlich beschriebenen Pädiatrisch Ergotherapeutischen Assessment- und Prozessinstruments (PEAP) entstand aus den Überlegungen der ersten Arbeitsgruppe. Ergotherapeuten müssen, wie andere Berufsgruppen auch, ihre theoretischen Konzepte in Bezug auf die Praxis begründen (Payne 2002). Eine wichtige Grundlage dafür ist ein valides und reliables Assessment, das den aktuellen gesellschaftlichen (s. Kapitel 2.2) wie auch ergotherapeutischen (s. Kapitel 4 & 5) Entwicklungen in Deutschland entspricht. Deshalb startete von 2007 bis 2012 eine neue Arbeitsgruppe unter der Leitung von Elke Kraus mit einer systematischen Evaluation und Analyse verschiedener internationaler pädiatrischer Assessments, die ihre Informationen auf betätigungsorientierte und/oder klientenzentrierte Art und Weise eruieren. Ziel war es, zu überprüfen, ob bereits international ein Assessment für Kinder zwischen zwei und zwölf Jahren existiert. Dies sollte betätigungsorientiert, klientenzentriert und forschungseigen, d. h. geeignet für den Einsatz zu Forschungszwecken, sowie ICF kompatibel und prozessorientiert sein, um dann für den deutschsprachigen Raum angepasst werden (Kraus & Romein 2013).

Bei der Recherche in der Fachliteratur und den Datenbanken CINAHL, MEDLINE, der ECOTROS Mailing-List wurden dabei 16 relevante Assessments ermittelt (Kraus & Romein 2015), die in Form von Kurzvorstellungen in der Zeitschrift „Ergotherapie und Rehabilitation“ 2009 und 2010 vorgestellt wurden. Jedoch erfüllte keines der ausgewählten Assessments alle oben beschriebenen Kriterien. Dadurch wurde die Notwendigkeit der Erstellung eines neuen, für den deutschsprachigen Raum konzipierten Assessments deutlich, das alle Aspekte erfüllt (Kraus & Romein 2015).

## 7.1 Beschreibung des PEAP

Das Assessment wird durch die intensive Arbeit der PEAP-Entwicklungsgruppe sowie verschiedene Forschungsarbeiten zu folgenden Themen realisiert: die Betätigungsausführung von Kindern unterschiedlicher Altersgruppen (Kaatz 2008), relevante Umweltfaktoren des kindlichen Alltags (Kurz 2009), Überprüfungsmöglichkeiten für die Zuverlässigkeit des PEAP (Traut 2011), Erstellung von 15 Betätigungsfeldern für die Altersgruppe der 7- bis 8-jährigen Kinder (Kupitz, Mühlenstrodt, Sievering 2013) bzw. für die Altersgruppe der 3- bis 4-jährigen Kinder (Kupitz, Einwohlt, Schepers in Arbeit), sowie die Altersgruppe der 9- bis 10-jährigen Kinder (Einwohlt in Arbeit) und zur Praktikabilität des Instrumentes (Völler; in Arbeit). Die 2015 von Kraus und Romein veröffentlichte Version des Instrumentes ist Grundlage der gegenständlichen Forschungsarbeit. Die aktuelle PEAP-Version beinhaltet ein Handbuch sowie die jeweiligen Instrumente und Formulare, wovon die entsprechenden Betätigungsfelder in die Altersgruppen 5;0 bis 6;11 und 7;0 bis 8;11 Jahre aufgeteilt sind.

### 7.1.1 Zielgruppe des PEAP

Um möglichst viele Ergotherapeuten zu erreichen und ihnen eine Struktur für klientenzentriertes und betätigungsorientiertes Arbeiten zu geben, wurde das PEAP für Ergotherapeuten in unterschiedlichen pädiatrischen Arbeitsfeldern (z. B. ambulante Praxen, Schulen, Kindergärten, Sozialpädiatrische Zentren, Frühfördereinrichtungen und pädiatrische Krankenhäuser) entwickelt. Die Akutphase einer Erkrankung z. B. in der Frührehabilitation wird jedoch ausgeschlossen (Kennedy-Behr et al. 2008). Zielgruppe des Instrumentes sollen nach Fertigstellung Kinder zwischen 3;0 und 10;11 Jahren sein, die unterschiedliche Diagnosen<sup>12</sup> aufweisen, z. B. leichte bis deutliche geistige (F.70–F.79 Intelligenzstörung) oder körperliche Behinderungen und Verhaltensauffälligkeiten (F.60–F.69 Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) bzw. Entwicklungs- und Sprachentwicklungsverzögerungen (F.80–F.89 Entwicklungsstörungen). Dies sind somit Diagnosen, die, wie in Kapitel 3.1 beschrieben, aufgrund der „neuen Morbidität“ mittlerweile häufig bei Kindern dieser Altersgruppe gestellt werden.

Die vorliegende Version des PEAP ist vorerst für Kinder zwischen 5;0 und 8;11 Jahren mit den oben beschriebenen Diagnosen erstellt und deckt dadurch, wie in Kapitel 3.1.2 dargestellt, ein breites Spektrum des ergotherapeutischen Klientels ab. Für die weiteren Altersstufen und für Kinder mit anderen Diagnosen wie z. B. mit schweren Mehrfachbehinderungen muss das Instrument adaptiert

---

<sup>12</sup> Die angegebene Kodierung der Diagnosen bezieht sich auf die Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, vorliegend in der 10. Revision (ICD-10-WHO). Dies ist eine internationale Diagnoseklassifikation, die auf den Heilmittelverordnungen von den behandelnden Ärzten angegeben werden muss (DIMDI 2017).

bzw. weiterentwickelt werden (Kraus & Romein 2015). Einschlusskriterien zur Durchführung des PEAP sind das geeignete Entwicklungsalter des Kindes, Zugang zur Klientengruppe sowie gewollte Kommunikation von Seiten der Klientengruppe (ebd.).

### 7.1.2 Aufbau und Durchführung

Das PEAP analysiert den Ist-Zustand (Erstbewertung) der Betätigungsausführung in relevanten Betätigungsfeldern durch Selbstbewertung der Kinder, der Eltern, ggf. der Lehrer/Erzieher und der Gesamtbewertung durch den Therapeuten. Im Anschluss erfolgt die Analyse der Betätigung durch den Therapeuten. Auf dieser Grundlage wird ein Soll-Zustand formuliert (Therapieziele) bzw. eine Intervention geplant (Therapieplan) und durchgeführt. Während der erneuten Erhebung des Ist-Zustandes (Zweitbewertung/Evaluation) wird nach einem im Vorfeld von Therapeut und Klienten festgelegten Zeitraums die Veränderung auf Betätigungsebene im Vergleich zur Erstbeurteilung erhoben. Die Gegenüberstellung der Erst- und Zweitbewertung kann dazu beitragen, dass die Wirksamkeit ergotherapeutischer Interventionen mit pädiatrischer Klientel im Einzelfall, wie auch in breit angelegten Studien, erbracht wird. Damit dies möglich ist, muss das PEAP jedoch den psychometrischen Gütekriterien (Validität, Reliabilität und Praktikabilität) gerecht werden (Bollinger 2006).

Der PEAP-Prozess besteht grundsätzlich aus fünf Phasen, in welchen verschiedene Instrumente des Assessments (PEAP-Karten; PEAP-Teich; PEAP-Küken; PEAP-Eier; PEAP-Rädchen; PEAP-Haus) und nummerierte Formulare zum Einsatz kommen, die im Folgenden entsprechend bei der jeweiligen Phase beschrieben werden.

Die Phasen enthalten einen standardisierten Teil (Erfassung der 15 Betätigungsfelder im Rahmen einer standardisierten Befragung), das PEAP-Assessment sowie den PEAP-Prozess, der ein Angebot darstellt und nach Bedarf variabel eingesetzt werden kann (Kraus & Romein 2015). Das PEAP ist somit eine Mischung aus „[...] klar strukturiertem, standardisiertem [...] Vorgehen und einem freien, individuell angepassten, klientenzentrierten Prozess“ (ebd.: 30).

#### 7.1.2.1 Vorbereitungsphase des PEAP

In der ersten Phase, der Vorbereitungsphase, werden entweder im persönlichen Kontakt oder per Telefon/E-Mail verschiedene Informationen über das Kind gesammelt. Da das klientenzentrierte und betätigungsorientierte Vorgehen für die Klienten häufig ungewohnt ist, erhalten Eltern Informationen über den PEAP-Ablauf (Kraus & Romein 2015: 43), in denen der PEAP-Prozess verständlich zusammengefasst ist. Der Stammdatenbogen (ebd.: 46), der von den Eltern ausgefüllt wird, (s. Anlage 1) gibt u. a. Auskunft darüber, in welchem sozialen und physischen Umfeld das Kind lebt. Das Betätigungsprofil (ebd.: 47f.; s. Tab. 14), das je nach Situation in dieser oder der nächsten

Phase von den Eltern mit Unterstützung durch Lehrer oder Erzieher ausgefüllt wird, erfasst Informationen darüber, wann das Kind welche Betätigung an einem normalen Wochentag ausführt. Zudem wird nach der subjektiv erlebten Ausführung und der entsprechenden Relevanz/Wichtigkeit der jeweiligen Betätigung gefragt. Um alle Bereiche des kindlichen Alltags zu erfassen, ist es von Vorteil, wenn die Eltern sich entsprechend mit den Bezugspersonen in den Einrichtungen (Lehrer, Erzieher) austauschen.

**Tabelle 14:** Auszug aus dem Betätigungsprofil

**Teil 1: Zu Hause, ausgefüllt von \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_**

Uhrzeit	Was macht das Kind?	Was geht gut, was ist schwierig?	Wie wichtig wäre eine Veränderung? 0 1 2 3 4 <sup>13</sup>

Das Betätigungsprofil stellt eine wichtige Grundlage für das in der nächsten Phase folgende Gespräch dar. Mit diesem Instrument können die Eltern und weitere Bezugspersonen ihre Anliegen und ihre Perspektive vor Beginn des strukturierten Gespräches in den Therapieprozess mit einbringen. Die Gefahr einer therapeutischen und/oder strukturellen Beeinflussung wird dadurch reduziert.

### 7.1.2.2 Erfassungsphase des PEAP

Die Erfassungsphase wird durch die Durchführung zweier Gespräche gekennzeichnet, das offene Interview (Kraus & Romein 2015: 51ff.) und das PEAP-Assessment, eine standardisierte Befragung (ebd.: 55ff.). Das erste Gespräch basiert, wenn möglich, auf der Grundlage des Betätigungsprofils. Es dient dazu, mit den Kindern und Eltern über die Betätigungsanliegen und den Alltag ins Gespräch zu kommen. Dies wird je nach Situation in Einzelgesprächen mit Eltern und Kind oder in einem gemeinsamen Gespräch realisiert (ebd.). Da das PEAP ein klientenzentriertes Instrument darstellt, ist diese offene Vorgehensweise zu Beginn relevant, um die individuelle Perspektive der Klienten zu erfassen. Der Therapeut sollte nach dem Gespräch einen Eindruck davon haben, welche Betätigungen dem Kind gut gelingen und bei welchen sich die Klientengruppe Veränderungen

<sup>13</sup> 1 = gar nicht wichtig, 2 = etwas wichtig, 3 = ziemlich wichtig, 4 = sehr wichtig.

wünscht. Die einzuplanende Zeit beträgt für das offene Interview bei getrennter Durchführung mit dem Kind fünf bis zehn Minuten und mit den Eltern zehn bis 15 Minuten (ebd.).

Nach Beendigung des offenen Interviews folgt die standardisierte Befragung, das PEAP-Assessment. Zuerst werden die im offenen Interview gesammelten Informationen dem entsprechenden Betätigungsfeld zugefügt. Kann eine Betätigung keinem bestehenden Betätigungsfeld zugefügt werden, so gibt es im Bewertungsbogen der 15 Betätigungsfelder 2-1 (s. Anlage 2) unter den Bereichen Selbstversorgung/Produktivität/Freizeit die Möglichkeit, diese unter dem Stichpunkt „offenes Betätigungsfeld“ aufzulisten. Im Anschluss wird die Betätigungsausführung in den 15 Betätigungsfeldern zuerst mit dem Kind besprochen und bewertet. Die Eltern füllen währenddessen den Elternbogen (s. Anlage 3) aus, der sich an den 15 Betätigungsfeldern orientiert und im Anschluss ebenfalls besprochen und bewertet wird (Kraus & Romein 2015).

Zur Erläuterung des Gespräches liegt ein standardisierter Einführungstext vor, den der Therapeut zu Beginn vorliest. Im Anschluss nutzt der Therapeut zur Abfrage der 15 Betätigungsfelder die PEAP-Karten. (s. exemplarische Abb. 15).



**Abbildung 15: Exemplarische Darstellung einer PEAP-Karte**

Diese stellen bildlich Teilbereiche eines Betätigungsfeldes dar und beschreiben zudem, welche Betätigungen in dieses Feld fallen. Da Kinder je nach Alter unterschiedliche Betätigungen ausführen, sind die Karten in verschiedene Altersgruppen unterteilt. So umfasst z. B. das Betätigungsfeld 2, „sich

an- und ausziehen“ das unter den Bereich der Selbstversorgung fällt, für die Altersgruppe der 5;0- bis 6;11-jährigen Kinder

„die jahreszeitlich üblichen Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge und richtig herum an- und ausziehen, Verschlüsse öffnen und schließen; ab 6 Jahren: die Schnürsenkel selbst binden, die Kleidung passend zur Aktivität auswählen und sich auch für Sport- und Schwimmbad selbständig umziehen“ (Kraus & Romein 2015: PEAP-Karte Altersgruppe 5–6 Jahre; Betätigungsfeld 2).

Die Steigerung der erwarteten Betätigungsausführung wird bei der Betrachtung der PEAP-Karte für Kinder zwischen 7;0 bis 8;11 Jahren deutlich. Von diesen wird erwartet, dass sie

„Kleidungsstücke mit leicht Hilfestellung wetter- und situationsgerechte auswählen, diese auch beim Sport oder bei Ausflügen in angemessener Zeit korrekt an- und ausziehen; ausgezogene Kleidung angemessen wegräumen; auch schwierige Verschlüsse, wie Knöpfe oder Reißverschlüsse, öffnen und schließen und Schnürsenkel sicher binden“ (Kraus & Romein 2015: PEAP Karte Altersgruppe 7–8 Jahre; Betätigungsfeld 2).

Um die Entscheidung, wie gut ein Kind die jeweilige Betätigung ausführt, zu erleichtern, sind auf den Karten Qualitätsmerkmale wie z. B. bei Betätigungsfeld 2 (Altersgruppe 5;0 bis 6;11) „Selbständigkeit, Hilfestellung, Zeitdauer, Verhalten beim An- und Ausziehen und Stress“ (Kraus & Romein 2015) aufgeführt.

Jedes Betätigungsfeld wird durch das Kind sowie die Eltern und im späteren Verlauf auch durch die Erzieher/Lehrer nach dem Ausmaß des Problems (P) und der Wichtigkeit (W) bewertet (Bewertung der Klientengruppe). Zur Erleichterung der Einstufung des Problemausmaßes gibt es den PEAP-Teich (s. Anlage 5), der besonders den Kindern eine visuelle Unterstützung bietet. In der Mitte liegt die Kategorie I (kein Problem), die sich über Kategorie II (leichtes Problem) und Kategorie III (deutliches Problem) zum äußeren Rand bzw. zur Kategorie IV (massives Problem) steigert. Das sind die sogenannten Hauptkategorien.



Folgende Legende (Kraus & Romein 2015: 66) liegt der Bewertung zugrunde:

**Tabelle 15: Legende zur Bewertungsskala des Problems**

Kategorie	Definition	Erläuterung
I	KEIN Problem	Das Kind führt Betätigungen aus Sicht der Befragten <b>zufriedenstellend</b> aus.
II	LEICHTES Problem	Das Kind führt Betätigungen aus Sicht der Befragten zum <b>größten Teil</b> <b>zufriedenstellend</b> aus.
III	DEUTLICHES Problem	Das Kind führt Betätigungen aus Sicht der Befragten zum <b>geringen Teil</b> <b>zufriedenstellend</b> aus.
IV	MASSIVES Problem	Das Kind führt Betätigungen aus Sicht der Befragten gar <b>nicht</b> oder mit <b>großen Problemen</b> aus.
N		Betätigungen sind derzeit nicht beurteilbar oder für den Klienten nicht relevant.

Die Kinder können mithilfe des PEAP-Kükens<sup>14</sup>, das auf den entsprechenden Platz in den Teich gesetzt wird, ihre Einschätzung zu dem jeweiligen Betätigungsfeld angeben. Um eine Abstufung bei der Bewertung zu ermöglichen und dadurch kleine Veränderungen oder Nuancen festzuhalten, kann das Kind sich innerhalb einer Kategorie mit „besser“ (+) oder „schlechter“ (-) in die sogenannten Zwischenkategorien einstufen. Es ist wichtig, dass alle Betätigungen, die bei dem jeweiligen Betätigungsfeld aufgeführt sind, abgefragt werden. Der Therapeut füllt während des Gespräches, das zuerst mit dem Kind stattfindet, den erwähnten Erfassungsbogen 2-1 zur Bewertung der 15 Betätigungsfelder aus. Die Bewertungen werden vom Therapeuten in dem rot markierten Bereich (s. Tab. 16; PEAP 2015) notiert. Für Bewertungen in den Hauptkategorien wird ein Kreuz in die entsprechende Spalte gesetzt, für Bewertungen in den Zwischenkategorien das jeweilige Zeichen (+ oder -) vermerkt (Kraus & Romein 2015).

<sup>14</sup> Das PEAP-Küken ist eine kleine Spielfigur aus Holz in Form eines Kükens, diese liegt den PEAP-Materialien bei.

Tabelle 16: Auszug Bogen 2-1 zur Darstellung Bewertung Klientengruppe

Betätigungs- feld	Klientenbewertung															Inhalte des Betätigungsfeldes ✓kein Problem ✗Problem vorhanden	Bewertung Therapeutin					Gesamt- bewertung				
	1.					2.					3.															
	I	II	III	IV	N	I	II	III	IV	N	I	II	III	IV	N		I	II	III	IV	N					
3. Auf die Toilette gehen	I	II	III	IV	N	I	II	III	IV	N	I	II	III	IV	N	○ Rechtzeitig zur Toilette gehen (auch nachts) ○ Aus- und ankleiden ○ Toilette sauber benutzen ○ Intimbereich säubern ○ Hände waschen und trocknen	I	II	III	IV	N	I	II	III	IV	N
Unterschied K □ T □	Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:															Evaluation					Evaluation					

Ebenso wird, zuerst von dem Kind, die Wichtigkeit aller Betätigungsfelder, die in den Schweregradkategorien II bis IV bewertet wurden, anhand der Skala (s. Tab. 17) eingestuft. Zur visuellen Unterstützung können die PEAP-Eier<sup>15</sup> entsprechend der Wichtigkeit in einen Eierbecher gelegt werden. Die Bewertung wird in den blau markierten Bereich des Bogens (s. Tab. 16) eingetragen.

Tabelle 17: Legende zur Bewertungsskala der Wichtigkeit

Kategorie	Definition	
I	GAR NICHT Wichtig	Während der Befragung des Kindes füllen die Eltern/ein Elternteil das Formular 2.2 „Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Eltern“ (s. Anlage 3) aus. Im Anschluss an das Gespräch mit dem Kind werden alle 15 Betätigungsfelder auf Grundlage des Formulars 2.2 mit den Eltern durchgesprochen und von ihnen in Bezug auf das Ausmaß des Problems und deren Wichtigkeit eingestuft. Der Therapeut überträgt die Einstufung ebenfalls in die rot und blau markierten Felder (s. Tab. 16), jedoch in der zweiten Spalte.
II	ETWAS Wichtig	
III	ZIEMLICH Wichtig	
IV	SEHR Wichtig	

Da die beschriebene standardisierte Befragung für Forschungszwecke u. a. zum Wirksamkeitsnachweis beitragen soll und durch ein standardisiertes Vorgehen die Objektivität sichert, müssen die Therapeuten bei der Durchführung folgende Kriterien einhalten (Kraus & Romein 2015):

- Klientengerechte Information über das Vorgehen
- Eltern bzw. Elternteil sitzen zur Reduzierung der Beeinflussung außerhalb des kindlichen Sichtfeldes

<sup>15</sup> Die PEAP-Eier sind kleine Keramikeier, um den Kindern die Möglichkeit zu geben, die Wichtigkeit eines Betätigungsfeldes symbolhaft anzugeben; diese liegen dem PEAP-Material bei.

- Eltern bzw. Elternteil führt während des Gespräches mit dem Kind die eigene Bewertung auf einer vierstufigen Skala (mit + und -) durch.
- Kind bewertet alle Betätigungsfelder mit Hilfe des Teiches; Bewertungen werden von dem Therapeuten notiert.
- Zum Erhalt der Aufmerksamkeit werden die Betätigungsfelder möglichst zügig durchgearbeitet. Die Bilder auf den Karten sollen Kinder dazu motivieren, zu erzählen, der Therapeut fragt dann nach.

Da Kinder und Eltern nach ihrer subjektiven Wahrnehmung befragt werden, ist es möglich und normal, dass die Einschätzungen von Problem und Wichtigkeit differieren. Um die individuelle Ausführung des jeweiligen Betätigungsfeldes zu erfassen, werden unter dem Punkt „Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe“ (s. Tab. 16) die jeweiligen Schilderungen während des Gespräches bzw. die Kommentare aus den Fragebögen notiert. Im Rahmen der sogenannten PEAP-Konferenz werden im Anschluss an die standardisierte Befragung gemeinsam mit Eltern und Kind die verschiedenen Ergebnisse aus den Gesprächen zusammengetragen und besprochen. Unterschiede bei der Bewertung eines Betätigungsfeldes kann der Therapeut auf dem Bogen 2-1 (s. Tab. 16) mit einem Kreuz bei „Unterschied“ kenntlich machen.

Die Einschätzung der Lehrer/Erzieher wird schriftlich mit Hilfe des Bewertungsbogens 2.3 (s. Anlage 4) eingeholt und ebenfalls in den Bogen 2-1 (s. Tab. 16), rot und blau markierten Feldern, dritte Spalte, übertragen.

Als abschließender Schritt erfolgt die Bewertung durch den Therapeuten. Hier kann optional eine individuelle Therapeutenbewertung der einzelnen Betätigungsfelder erfolgen, die jedoch nicht die Gesamtbewertung durch den Therapeuten ersetzt. Die Therapeutenbewertung ist sinnvoll, wenn die Wahrnehmung des Therapeuten von der des Klienten abweicht. Sie setzt sich aus allgemeinen Beobachtungen, z. B. freie Spielsituation, Begrüßungssituation, dem Betätigungsprofil, dem freien Interview und dem PEAP-Assessment zusammen (Kraus & Romein 2015).

Relevant z. B. für Wirksamkeitsstudien oder zur Therapieevaluation und somit obligatorisch ist die Gesamtbewertung der einzelnen Betätigungsfelder durch den Therapeuten (rechte Spalte Bogen 2-1; s. Tab. 16). Dafür stützt sich der Therapeut auf die jeweiligen notierten Klientenbewertungen (Kind, Eltern, Erzieher/Lehrer) und auf die Fremdeinschätzung (Therapeutenbewertung). Zudem nutzt er die „objektiven Merkmale“ wie die Kommentarbeispiele, das Bewertungsraster und die Wichtigkeitsbewertung. Die Gesamtbewertung für jedes Betätigungsfeld setzt sich wie in Abbildung 16 (Kraus & Romein 2015: 104) dargestellt zusammen.

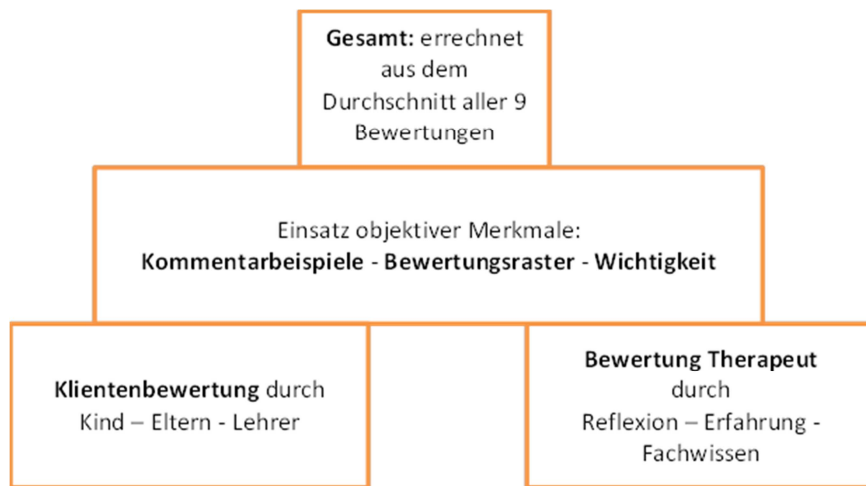


Abbildung 16: Überblick Gesamtbewertung Betätigungsfelder

Bei Einsatz des Bewertungsrasters (s. Tab. 18) werden die Anzahl der als schwierig beschriebenen Betätigungen und das Ausmaß der Betätigungsprobleme als Grundlage genutzt, wobei im Falle unterschiedlicher Bewertungen immer der schlechtere Wert berücksichtigt wird. Unterstützend hierfür sind die vorgegebenen Kommentarbeispiele für den Therapeuten. So ist z. B. für das Betätigungsfeld 12 für die Altersgruppe 5;0 bis 6;11 „körperliche Spiele durchführen“, für die Schweregrad-Kategorie II u. a. das Kommentarbeispiel „das Kind fängt gelegentlich den Ball mit Händen und Körper (gegen den Bauch)“ (Kraus & Romein 2015: 137) angegeben. Um die Problematik in die Schweregrad-Kategorie III einzustufen, müsste es dem Kommentarbeispiel „das Kind lässt den Ball beim Fangen häufig fallen“ (ebd.: 137) entsprechen, wobei die Gesamtbewertung nicht auf einer Betätigung „Ball fangen“ beruht, sondern alle Betätigungen, die in diesem Betätigungsfeld subsumiert wurden, miteinfließen und abschließend eine quantifizierbare Aussage darüber gemacht werden kann, um wie viele problematische Betätigungen es sich handelt. Dies ermöglicht dann eine Einstufung mit Hilfe des Bewertungsrasters (s. Tab. 18; Kraus & Romein 2015: 107).

Tabelle 18: PEAP-Bewertungsraster für Gesamtbewertung

ANZAHL BETÄTIGUNGEN	Wenige Betätigungen (5-39 % der Betätigungen eines Betätigungsfelds)	Mehrere Betätigungen (40-70 % der Betätigungen eines Betätigungsfelds)	Viele Betätigungen (71-100 % der Betätigungen eines Betätigungsfelds)
AUSMAß DER BEWERTUNG			
<b>Leichtes Problem</b> (zum größten Teil zufriedenstellend)	II	II oder III*	III
<b>Deutliches Problem</b> (zum geringen Teil zufriedenstellend)	II oder III*	III	III oder IV*
<b>Massives Problem</b> (gar nicht oder mit großen Problemen durchführbar)	III	III oder IV*	IV

Bei eindeutigen Einstufungen wie z. B. mehreren Betätigungen (40–70 %), die ein deutliches Problem aufweisen, gestaltet sich die Einstufung bei Kategorie III mithilfe des Bewertungsrasters als einfach. Um dies dem Anwender zu verdeutlichen, liegt eine Zusammenfassung des Betätigungsrasters vor (Kraus & Romein 2015: 108), das hier anhand der Kategorie II auszugsweise dargestellt wird.

Tabelle 19: Auszug Zusammenfassung Bewertungsraster

Kategorie	Beschreibung
<b>II+</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wenige schwierige Betätigungen (5-39 %), die ein leichtes Problem aufzeigen</li> <li>wenige schwierige Betätigungen (5-39 %), die ein deutliches Problem aufzeigen, aber gar nicht wichtig sind</li> </ul>
<b>II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>einige schwierige Betätigungen (40-70 %), die ein leichtes Problem aufzeigen, aber gar nicht wichtig sind</li> </ul>
<b>II-</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wenige schwierige Betätigungen (5-39 %), die ein deutliches Problem aufzeigen und etwas wichtig sind</li> <li>einige schwierige Betätigungen (40-70 %), die ein leichtes Problem aufzeigen und etwas wichtig sind</li> </ul>

Die im Bewertungsraster mit einem Stern (\*) markierten Kategorien sind nicht eindeutig zu bewerten. Werden zum Beispiel bei einem Betätigungsfeld von der Klientengruppe wenige Betätigungen (5–39 %) mit deutlichen Problemen benannt, so ist eine Einstufung in Kategorie II oder Kategorie III möglich. Um hier eine Einstufung vornehmen zu können, wird als weiterer Bewertungsaspekt die Wichtigkeit der Betätigung aus Klientensicht mit hinzugezogen, wobei immer der höchste Wichtigkeitswert ausschlaggebend ist. So findet bei einem Wichtigkeitswert von 3 oder 4 (ziemlich oder sehr wichtig) eine Einstufung des Betätigungsfeldes in Kategorie III statt. Zudem tragen die Zwischenkategorien, sofern sie vorliegen, zur Entscheidungsfindung bei. Bei vorhandener Zwischenkategorie „+“ wird die Gesamtbewertung in Kategorie II, bei einem „-“ hingegen in Kategorie III fallen. Seit 2015 wird mittels der Strukturhilfe zur Gesamtbewertung der Durchschnittswert für das jeweilige Betätigungsfeld berechnet (Kraus & Romein 2015: 110).

Im Anschluss wird die Gesamtbewertung in den grün markierten Bereich des PEAP-Bewertungsbogens 2-1 für jedes Bewertungsfeld in die entsprechende Kategorie eingetragen (s. Tab. 20).

**Tabelle 20:** Auszug Bogen 2-1 zur Darstellung Gesamtbewertung Therapeut

Betätigungs-feld	Klientenbewertung												Inhalte des Betätigungsfeldes ✓kein Problem ✗Problem vorhanden	Bewertung Therapeutin						Gesamt-bewertung										
	1.				2.				3.					I	II	III	IV	N	I	II	III	IV	N							
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV																		
3. Auf die Toilette gehen	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	<input type="radio"/> Rechtzeitig zur Toilette gehen (auch nachts) <input type="radio"/> Aus- und ankleiden <input type="radio"/> Toilette sauber benutzen <input type="radio"/> Intimbereich säubern <input type="radio"/> Hände waschen und trocknen	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	N
	Evaluation				Evaluation				Evaluation					Evaluation					Evaluation											
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	N				
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV		I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV	N				
Unterschied K □ T □	Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:																													

Die Ergebnisse der Erfassungsphase sind Grundlage für eine weitere Konkretisierung und Priorisierung. Es werden die konkreten Betätigungsanliegen, d. h. die jeweiligen Betätigungen und nicht das ganze Betätigungsfeld, aus der standardisierten Befragung und die Ergebnisse aus dem Bogen für Erzieher/Lehrer der Wichtigkeit nach bzw. gemäß ihrer Prioritäten aufgelistet. Im Anschluss wird jede Betätigung von der Klientengruppe nach Ausführung und Zufriedenheit bewertet. Zudem wird notiert, in welchem Setting (Kindergarten, Schule, Wohnung) sich die Betätigung als problematisch erweist, da ein Kind Schwierigkeiten beim Binden der Schleife in der Schule haben kann, dies Betätigung jedoch in ruhiger Umgebung zuhause zufriedenstellend bewältigt.

### 7.1.2.3 Analysephase des PEAP

In der Analysephase werden die wichtigsten Betätigungsbedürfnisse in dem als schwierig beschriebenen Setting, z. B. zuhause oder der Schule, genauer betrachtet, um zu erkennen, warum das Kind bei der Durchführung Probleme zeigt. Da die Durchführung z. B. der Mathematik-Aufgabe zuhause oder in der Schule unterschiedliche Anforderungen an das Kind stellt, ist es relevant, die Betätigung in dem jeweiligen Setting unter möglichst normalen Bedingungen zu beobachten. Hilfreich hierfür sind Videoaufnahmen oder ein Besuch im Umfeld des Kindes (Schul-, Haus- oder Kindergartenbesuch). Der Therapeut notiert die bei der Betätigungsdurchführung gewonnenen Beobachtungen und analysiert diese anschließend gemeinsam mit dem Klienten. Es werden sowohl förderliche als auch hinderliche Aspekte in Bezug auf das Betätigungsproblem notiert. Unterstützend können bei diesem Schritt die PEAP-Rädchen (Kraus & Romein 2015: 76) fungieren. Hier kann der Zusammenhang zwischen Kontextfaktoren, Betätigungsfertigkeiten und der jeweiligen Betätigung aufgezeigt und von Klienten nachvollzogen werden. Die Komplexität hinderlicher und förderlicher Aspekte, die zur Bewältigung der Betätigung beitragen, wird visuell dargestellt. Die Rädchen greifen die relevanten Aspekte des PEO-Modells (Law et al. 1996) auf und unterstützen die Betätigungsanalyse. Oder aber der Therapeut nutzt alternativ zu den PEAP-Rädchen das PEAP-Haus (Kraus & Romein: 78), das als weiteres Instrument in der Analysephase z. B. als Dokumentation der wesentlichen Punkte eingesetzt werden kann. Es dient der zusätzlichen strukturellen Unterstützung. Anhand dieses Instrumentes können die komplexen Zusammenhänge, welche die Betätigungsausführung beeinflussen, entweder für Klienten oder nur für den Therapeuten visualisiert werden.

Anschließend werden die Beobachtungen im Dokument „Zusammenfassung der Betätigungsanalyse“ (Kraus & Romein 2015: 81) zusammengebracht und die veränderbaren Hauptprobleme bei der Betätigungsausführung notiert. Um die Veränderbarkeit einschätzen zu können, ist es für den Therapeuten relevant, den Alltag der Familie zu kennen. Soziokulturelle Faktoren wie z. B. das Einkommen der Familie lassen sich häufig nicht verändern, während physische Faktoren wie z. B. die Anschaffung einer Linkshänderschere einen veränderbaren Faktor darstellen.

#### 7.1.2.4 Zielsetzungs-, Interventions- und Evaluationsphase des PEAP

In der folgenden Zielsetzungsphase werden aus den in der Analysephase erkannten Hauptproblemen gemeinsam mit den Klienten Ziele auf Aktivitäts- und Partizipationsebene<sup>16</sup> (ICF) und entsprechende Maßnahmen formuliert. Unterstützend wirkt das Formular Zielformulierung (s. Tab. 21; Kraus & Romein 2015), das konkretisiert, in welchem Zeitraum das Ziel erreicht wurde (Kraus & Romein 2015).

**Tabelle 21:** Auszug Formular Zielformulierung

Name des Kindes: \_\_\_\_\_ Therapeutin/Therapeut: \_\_\_\_\_

Ziel 1	Datum Zielformulierung	Wann erreicht?

Die Interventionsphase beinhaltet die Umsetzung der vorgesehenen Maßnahmen. Um zu überprüfen, ob die gesetzten Ziele mit den geplanten Maßnahmen erreicht werden, ist es notwendig, die Entwicklung des Kindes während der Therapiephase aufmerksam zu begleiten und die Maßnahmen ggf. anzupassen. Ein strukturiertes Vorgehen wird durch das Dokument „Maßnahmenplanung und Verlaufsdokumentation“ (Kraus & Romein 2015: 87) ermöglicht. Um die Maßnahmen entsprechend anzupassen, ist auch während der Interventionsphase eine Analyse der Betätigungen notwendig. Um dieser eine Struktur zu geben, kann das Formular „Dokumentation fördernder und hindernder Faktoren“ (ebd.: 93) hinzugezogen werden. Zudem werden alle wichtigen Formulare in der Therapiemappe abgeheftet, die Kind oder Eltern jedes Mal mit zur Therapie bringen.

In der abschließenden Evaluationsphase wird festgestellt, ob sich die Betätigungsausführung der als problematisch beschriebenen Betätigungen des Klienten verändert hat. Hierfür wird erneut eine Selbstbewertung durch die Klientengruppe und eine Bewertung des Therapeuten anhand der 15 Betätigungsfelder mithilfe des Bogens 2-1 durchgeführt. Die Einstufung des Problems erfolgt in der entsprechenden Schweregradkategorie (I-IV) und wird mit der Ersteinstufung verglichen. Erst- und

<sup>16</sup> Hilfreich können für die Zielformulierung die SMART-Kriterien sein, die ursprünglich aus dem betriebswirtschaftlichen Bereich kommen, aber auf therapeutische Situationen übertragen werden können. SMART steht für **S**pezifisch d.h. das Ziel beschreibt, welche Betätigung verbessert werden soll; **M**essbar, d. h. das Ziel gibt an, nach welchen Kriterien das Resultat gemessen wird, z. B. wie oft; wie lange; **A**ngemessen, d. h. das Ziel ist in dem vorgesehenen Zeitraum erreichbar; **R**elevant, d. h. das Ziel ist für den Klienten bedeutsam/wichtig; **T**erminiert, d.h. der Zeitpunkt, bis wann das Ziel erreicht wird, ist festgelegt (McGrath in Frommelt 2002).



Zeitbewertung werden grafisch in die „Evaluationstabelle“ (Kraus & Romein 2015: 97) übertragen, um die Bewertungen gegenüberzustellen. Zudem werden die einzelnen konkreten Betätigungsanliegen evaluiert.

Auf Grundlage dieser Informationen wird gemeinsam mit der Klientengruppe entschieden, ob eine weitere Therapie zum momentanen Zeitpunkt sinnvoll ist oder ob die Therapie beendet werden kann. Zur abschließenden Dokumentation und interdisziplinären Zusammenarbeit wird ein „Evaluationsbericht“ (Kraus & Romein 2015: 99) erstellt.

Diese Beschreibung umfasst den vollständigen PEAP-Ablauf, der von den Hauptmerkmalen des PEAP, der „Betätigungsorientierung“ (s. Kapitel 4.3.1), der „Integration des Betätigungskontextes“ (s. Kapitel 4.3.2) und der „Klientenzentrierung mit Ermächtigung“ (Kraus & Romein 2015: 25; s. Kapitel 6.2.2) durchdrungen wird. Zudem beruht das PEAP auf einem konzeptionell-theoretischen Fundament, dem PEO (Law et al. 1996; s. Kapitel 5.1.1) und dem CMOP-E (Townsend & Polatajko 2007; s. Kapitel 5.1.2). Es ist ICF-kompatibel, da es teilhabeorientiert ist und die Betätigungen der Betätigungsfelder mit den ICF-CY Codes verbunden sind (Kraus & Romein 2015). Zudem soll es forschungsunterstützend sein (ebd.). Das PEAP-Assessment bietet ein strukturiertes und somit vergleichbares Vorgehen, das eine Grundlage zur Überprüfung verschiedener therapeutischer Ansätze in Bezug auf unterschiedliche Klientengruppen darstellt. Mit der Analysephase, der Zielsetzung und Maßnahmenplanung sowie der Intervention erweitert das PEAP das Assessment um die Beschreibung eines therapiebegleitenden Prozessinstrumentes (ebd.).

## **7.2 Abgrenzung des PEAP zu anderen betätigungsorientierten Assessments**

Nach dem Symposium des Amerikanischen Ergotherapieverbandes 1991 wurde deutlich, dass Ergotherapeuten, die nach dem *top-down* Ansatz arbeiten wollen, keine entsprechenden betätigungsorientierten Assessments zur Verfügung stehen (Coster 1998). Aufgrund dessen wurden im Laufe der Zeit besonders für den englischsprachigen Raum verschiedene Instrumente entwickelt, wovon sich einige auch auf die Arbeit mit Kindern beziehen. Eine Übersetzung der Assessments für den deutschen Sprachraum muss aufgrund des zu messenden Gegenstandsbereiches, der Betätigungsausführung, die je nach kultureller Sozialisation variiert (Davis & Polatajko 2006; Kielhofner 2008), kritisch gesehen werden. Zudem kann es in dem für den anglophonen Raum schnell wachsenden „Assessment-Dschungel“ für Therapeuten schwer sein, das geeignete Assessment zu finden (Kjeken 2012). Auch in Deutschland gibt es eine Vielzahl an Assessments (George 2012), die sich jedoch überwiegend auf die Messung von Körperfunktionen beziehen.

Im Hinblick auf betätigungsorientierte Assessments aus dem anglophonen Raum gibt es Assessments, die wie das PEAP als sogenannte Einstiegs-Assessments fungieren, da sie einen Überblick über möglichst viele Betätigungsbereiche des Klienten ermöglichen. Sie sind weder norm- noch kriterienbezogene Instrumente, da weder die individuelle Leistung mit der Leistung anderer verglichen (normbezogen) noch die individuelle Leistung mit beschriebenen Standards in Relation gesetzt wird (kriterienbezogen) (Bowver, Kramer, Ploszaj, Ross et al. 2011). Beim PEAP und den im Folgenden beschriebenen Assessments handelt es sich um Instrumente, die die individuelle Person im Rahmen der gesellschaftlichen Erwartungen bewertet. „Therapists should measure changes in the extend to which children are typically able to engage in activities that are available to and expected of peers in the same context (Coster 1998: 341).

Das **Canadian Occupational Performance Measure (COPM)** (Law et al. 2011) ist ein klientenzentriertes, diagnoseunabhängiges und teilstrukturiertes Interview, in dem die Betätigungsperformanz erhoben wird. Für den pädiatrischen Bereich ist es ab acht Jahren einsetzbar (ebd.). Im Rahmen einer Studie wurde es für den deutschsprachigen Raum für Kinder von sechs bis zehn Jahren angepasst und als COPM<sup>a-kids</sup> (Gede, Schmidt, Strebel, Sulzmann 2007) veröffentlicht. Im Gegensatz zum PEAP handelt es sich beim COPM (Law et al. 2011) und beim COPM<sup>a-kids</sup> (Gede et al. 2007) nicht um ein Prozess-, sondern um Erhebungs- und Ergebnismessinstrument (Outcome Assessment). Für das COPM (Law et al. 2011) liegen verschiedene Studien zur Untersuchung und Bestätigung der Validität und Reliabilität vor (George, Flotho, Dehnhardt, Harth, Romein. 2009), für das COPM<sup>a-kids</sup> (Gede et al. 2007) wurde dieser Nachweis nicht erbracht.

Das **Child Occupational Self Assessment (COSA)** wurde von Kramer et al. (2000) entwickelt. Es ist ein klientenzentriertes, strukturiertes Befunderhebungsinstrument für Kinder zwischen acht und 13 Jahren; es wurde von Pätzold et al. (2008) übersetzt und in einer Studie für Deutschland angepasst. Für die englischsprachige und deutsche Version wurde die Validität erfasst (Kramer 2008). Wie das COPM (Law et al. 2011) ist das COSA (Pätzold et al. 2008) ein Erhebungs- und Ergebnismessinstrument (Outcome Assessment). Zudem können im Rahmen des COSA (Pätzold et al. 2008) gemeinsam mit Eltern und Kindern Ziele formuliert werden. Beide Instrumente (COPM & COSA) sind primär für den anglophonen Sprach- und Kulturraum (Kanade & USA) konzipiert bzw. wurden im Nachhinein für deutschsprachige Kinder angepasst. Zudem wird die vom PEAP erfasste Altersgruppe ab fünf Jahren, die, wie in Kapitel 3.1.2 deutlich wird, eine wichtige Klientel der Ergotherapie darstellt, nicht berücksichtigt.

Mit der **Pediatric Activity Card Sort (PACS)** entwickelt von Polatajko, Miller und Baum (2004) können mit Hilfe von Bildkarten die Betätigungsbedürfnisse von Kindern zwischen fünf und 14 Jahren mit verschiedenen Diagnosen ermittelt werden. Hier wird, wie beim PEAP, Bildmaterial verwendet, das

Kinder in der Ausführung verschiedener Betätigungen zeigt. Da die Fotokarten stark kulturell geprägt sind, wurden von Büscher Mester und Wilbers (2007) für den deutschen Sprachraum die Kids Activity Cards für Kinder von sechs bis zehn Jahren entwickelt. Diese können, um das halbstrukturierte Interview des COPM (Law et al. 2011) für Kinder visuell zu unterstützen, zusammen mit dem COPM<sup>a-kids</sup> (Gede et al. 2007) eingesetzt werden. Im Gegensatz zu den Fotokarten des PEAP zeigen die Kids Activity Cards nur eine Betätigungssituation, sind milieuspezifisch, bieten kein unterschiedliches Bildmaterial für die verschiedenen Altersgruppen und orientieren sich nicht an der ICF.

Das **Short Child Occupational Profile (SCOPE)** (Bowyer et al. 2011) ermöglicht Therapeuten auf Basis von Beobachtungen bzw. Gesprächen mit Eltern, Kind und Lehrer sowie mittels Berichten eine Einschätzung über die persönlichen und kontextbezogenen Faktoren der Person und der Umwelt, um daraus ein Betätigungsprofil zu erstellen. Es wurde für Menschen mit verschiedenen Diagnosen bis zum Alter von 21 Jahren entwickelt. Beim SCOPE werden im Gegensatz zum PEAP keine Betätigungen ermittelt. Es findet eine breite Darstellung von fördernden und verhindernden Faktoren für die verschiedenen Teilbereiche des MOHO (Kielhofner 2008) statt.

Des Weiteren gibt es betätigungsorientierte Assessments, die sich auf einen bestimmten Teilbereich beziehen und die häufig zur genaueren Befundung im zweiten Schritt hinzugezogen werden, u. a. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Children's Assessment of Participation and Enjoyment (CAPE) oder Pediatric Volitional Questionnaire (PVQ). Diese Assessments sind jedoch keine breitgefächerten Einstiegs-Assessments und haben somit nicht die gleiche Intention wie das PEAP.

Das Ergotherapeutische Assessment (EA) von Voigt-Radloff et al. (2003) ist eines der wenigen deutschsprachigen ergotherapeutischen Befunderhebungsinstrumente für Erwachsene, welches die komplexen Ansprüche an die aktuelle therapeutische Diagnostik größtenteils berücksichtigt. Das EA ist betätigungsorientiert, an der ICF orientiert und mit ihr verknüpft. Es beinhaltet eine Kombination von umfassenden Selbst- und Fremdeinschätzungen. Zudem wird seine Praktikabilität nachgewiesen (Voigt-Radloff 2007). Es wird bei Erwachsenen und hier vor allem in der neurologischen Rehabilitation angewandt. Die EA-Struktur bietet also eine geeignete Grundlage für ein ähnliches Instrument in der Pädiatrie. Besonders in den anfänglichen konzeptionellen Entwürfen war eine starke Orientierung am EA erkennbar; so nannte sich das Instrument zu Beginn das Pädiatrische Ergotherapeutische Assessment (PEA). Jedoch wurde im Laufe der weiteren Entwicklung des PEAP eine deutliche Abweichung zu Gunsten der Bedürfnisse der Klienten und Therapeuten im pädiatrischen Arbeitsfeld deutlich.

### 7.3 Zusammenfassung

Das in diesem Kapitel vorgestellte PEAP ist das erste pädiatrische Outcome Assessment, das speziell für den deutschen Sprach- und Kulturraum entwickelt wurde und nicht auf einer Übersetzung oder Anpassung eines Assessments aus dem anglophonen Raum beruht. Es bezieht sich auf die Annahmen des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas (s. Kapitel 4.1), integriert die für die pädiatrische Ergotherapie relevante Altersgruppe von fünf bis neun Jahren und leitet die Therapeuten nicht nur bei der Evaluation, sondern auch im therapeutischen Prozess. Es stellt eine Möglichkeit dar, ein klientenzentriertes *top-down* Vorgehen in den Mittelpunkt der Therapie zu bringen. Das PEAP Assessment, der erste Teil des PEAP, verlangt ein strukturiertes Vorgehen, um gemeinsam mit der Klientengruppe (Kind, Eltern, Lehrer/Erzieher) die Betätigungsausführung des Kindes quantitativ einzuschätzen. Soll dieses Assessment breiten Einsatz in der Ergotherapie finden und, wie von den Entwicklern des Assessments gewünscht, forschungsunterstützend eingesetzt werden (Kraus & Romein 2015), so ist eine Überprüfung der psychometrischen Gütekriterien notwendig. Diese ermöglichen eine Aussage darüber, ob ein Assessment valide, reliabel, objektiv und praktikabel ist. Da für das PEAP-Assessment bisher keine abgeschlossenen Studien zu den psychometrischen Gütekriterien vorliegen, wird in nachfolgend erläuteter empirischer Erhebung u. a. hierauf eingegangen. Zudem ist von Interesse, was Ergotherapeuten bei der Gesamtbewertung eines Assessments leitet, was die subjektive Wahrnehmung einzelner Personen in den Mittelpunkt stellt. Dies lässt ggf. Rückschlüsse auf eine verbesserte Therapeutenschulung zu. Auch diesem Punkt wird in der folgenden empirischen Erhebung nachgegangen.

# EMPIRISCHER TEIL

## 8 Methodologie

---

Die gegenständliche Untersuchung lässt sich der empirischen Sozialforschung zuordnen. Unter empirischer Sozialforschung wird „allgemein eine Gesamtheit von Methoden, Techniken und Instrumenten zur wissenschaftlich korrekten Durchführung von Untersuchungen des menschlichen Verhaltens und weiterer sozialer Phänomene verstanden“ (Häder 2010: 20). Wesentliche Aufgaben sind dabei das Erkunden als qualitativ-induktive Funktion und das Prüfen als quantitativ-deduktive Funktion (Hernández, Fernández, Baptista: 2003). Die qualitativ-induktive Funktion stellt durch Erkundung, Beschreibung, Protokollierung oder Beobachtung, ausgehend vom Speziellen zum Allgemeinen, einen Tatbestand dar. Bei der quantitativ-deduktiven Funktion wird die Gewinnung allgemeingültiger Aussagen und Erkenntnisse durch die Überprüfung der aus der Theorie abgeleiteten Hypothesen angestrebt. Somit lässt sich zusammenfassen, dass „bei induktiver Vorgehensweise eine Hypothese das Resultat und bei deduktiver Vorgehensweise eine Hypothese der Ausgangspunkt einer empirischen Untersuchung ist“ (Bortz & Döring 2006: 31). Beide Forschungsrichtungen haben ihre Stärken und Schwächen, jedoch sollte überlegt werden, wie die Stärken beider Forschungsstränge genutzt werden können, um ein besseres Verständnis bezüglich der Forschungsfrage zu erlangen, denn „this ‚mixing‘ or blending of data [...] provides a stronger understanding of the problem or question than either by itself“ (Creswell 2014: 215). So werden in der folgenden empirischen Untersuchung beide Vorgehensweisen vereint. Jedoch müssen beide, der prüfende und der erkundende Teil der Forschung, in der Erhebung voneinander getrennt werden (Bortz & Döring 2006). In der durchgeführten Untersuchung wird dies durch die Formulierung getrennter Fragestellungen mit unterschiedlichen Forschungsmethoden realisiert.

### 8.1 Untersuchungsleitende Fragestellungen

Der Einsatz von Assessments ist ein wichtiger Schritt im Therapieprozess, da viele für die Therapie relevante Entscheidungen auf den Ergebnissen eines Assessments beruhen (s. Kapitel 6.1). Anhand der Ergebnisse aus den Assessments wird der Behandlungsplan mit der Zielformulierung abgeleitet (Duncan & Hagedorn 2006). Zudem werden die Veränderungen mit Hilfe eines Assessments dokumentiert (Payne 2002) und der Bedarf an ergotherapeutischer Behandlung gegenüber Ärzten und Krankenkassen begründet (American Occupational Therapy Association 2008). Assessments sind somit wichtige Instrument im therapeutischen Prozess. Es gibt kein ergotherapeutisches, pädiatrisches Assessment, das für den deutschsprachigen Raum entwickelt wurde und Veränderungen auf der Betätigungsebene abbildet. Von daher bezieht sich die Studie auf die Assessmententwicklung in diesem Bereich.

Das PEAP entspricht als Assessment den Kriterien des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas und lässt sich für betätigungsorientiertes Arbeiten einsetzen. Die Erfassungsphase des PEAP, in welcher der Therapeut auf Grundlage des freien Interviews und des PEAP-Assessments mit dem Kind, den Einschätzungen der Eltern, Lehrer/Erzieher und seiner Beobachtungen eine Gesamtbewertung der jeweiligen Betätigungsfelder vornimmt, ist richtungsweisend für die Planung und Zielsetzung der Therapie. Somit stellt die Gesamtbewertung des PEAP neben der Möglichkeit, die Ergebnisse als Grundlage für eine betätigungsorientierte, klientenzentrierte und therapeutische Intervention zu nutzen, eine potentielle Option dar, um für Forschungszwecke wie etwa Effektivitätsstudien herangezogen zu werden. Aufgrund dessen fokussiert sich diese Forschung auf die Erfassungsphase des PEAP und hier im Speziellen auf die Gesamtbewertung der einzelnen Betätigungsfelder durch die Therapeuten. Bisher liegen keine Studien zu den psychometrischen Gütekriterien des PEAP vor. Diese stellen jedoch ein Instrument der Qualitätsbeurteilung von Assessments dar (Moosbrugger & Kelava 2012). Die Gütekriterien lassen sich, wie in Kapitel 6.3 erläutert, in verschiedene Haupt- und Nebengütekriterien unterteilen (ebd.), die für das PEAP-Assessment von Bedeutung sind.

Die Validität wird als entscheidendes Gütekriterium beschrieben, dass aufwendiger zu messen ist als die Reliabilität und die Praktikabilität (Bortz & Döring 2006; Moosbrugger & Kelava 2012; Schnell, Hill & Esser 2011). Inhaltsvalidität ist eine Zielvorgabe, die bei der Konstruktion eines Assessments beachtet werden soll. So muss das Assessment offensichtlich die Aspekte beinhalten, die zu überprüfen es angibt (Bortz & Döring 2006). Beim PEAP-Assessment kann ein gewisses Maß an Inhaltsvalidität vorausgesetzt werden, da die auf den Fotokarten aufgeführten Betätigungen, welche die Grundlage des PEAP-Assessments darstellen, auf Basis intensiver Literaturrecherche, Assessmentanalyse und Expertenbefragung erstellt wurden und somit die meist durchgeführten Betätigungen der jeweiligen Altersgruppe abbilden (Kraus & Romein 2013: 10).

Kriteriumsvalidität bezieht sich auf „die Ergebnisse eines Tests zur Messung eines latenten Merkmals bzw. Konstrukts [, das] mit der Messung eines korrespondierenden manifesten Merkmals bzw. Kriteriums übereinstimmt“ (Bortz & Döring 2006: 200). So gibt das PEAP-Assessment an, die Betätigungsperformanz in den Bereichen Produktivität, Selbstversorgung und Freizeit zu messen. Bei der Kriteriumsvalidität müsste überprüft werden, ob das Konstrukt der Betätigungsperformanz mit dem Kriterium der Betätigungsausführung im Alltag übereinstimmt. Jedoch ist die Kriteriumsvalidität in der Umsetzung stark eingeschränkt, da häufig kein objektives Außenkriterium benannt werden kann (ebd.). Die Betätigungsausführung im Alltag könnte in verschiedene Außenkriterien aufgesplittet werden, z. B. die Häufigkeit der Durchführung einer Betätigung. Dies stellt jedoch kein geeignetes bzw. objektivierbares Außenkriterium dar, weshalb von einer Erhebung der Kriteriumsvalidität für das PEAP-Assessment Abstand genommen wird.

Die Konstruktvalidität misst alle Facetten des theoretischen Konstrukts, die durch das Assessment erfasst werden sollen (Bortz & Döring 2006). Sie vergleicht das vorliegende Assessment mit bereits bestehenden konstruktverwandten und konstruktfernden Instrumenten hinsichtlich Ähnlichkeit bzw. Unähnlichkeit (Moosbrugger & Kelava 2012). Voraussetzung ist, dass alle Assessments den gleichen Gegenstandsbereich erfassen. Wie durch die Recherchen des PEAP-Teams deutlich wurde (s. Kapitel 7), erfüllt zum Zeitpunkt der Konzeption der Forschungsfrage (Stand: 2013) kein für den deutschen Sprachraum entwickeltes Assessment die für das PEAP-Assessment relevanten Kriterien der Betätigungsorientierung, Klientenzentrierung und ICF-Kompatibilität. Von daher ist eine Überprüfung der Konstruktvalidität auf diesem Wege zurzeit nicht möglich.

Für eine angemessene Objektivität des PEAP-Assessments scheint durch eine ausführliche Beschreibung der Durchführung, Auswertung und Interpretation sowie den strukturierten Einsatz verschiedener vorgegebener Instrumente (s. Kapitel 7.1) eine gute Grundlage vorhanden zu sein, sodass eine empirische Erhebung dieses Testgütekriteriums in dieser Arbeit nicht erfolgt. Jedoch muss bedacht werden, dass die Objektivität auf die Reliabilität Einfluss nimmt und eine Voraussetzung für angemessene Reliabilität darstellt. Eine hohe Reliabilität kann nur dann erzielt werden, wenn die Testumstände eindeutig festgelegt sind (Bortz & Döring 2006).

Obwohl in der Literatur die Validität überwiegend als wichtigstes Gütekriterium beschrieben wird (Bortz & Döring 2006; Moosbrugger & Kelava 2012; Schnell et al. 2011), gibt es auch Positionen, die eine Überprüfung der Reliabilität vor der Validität legimentieren. So argumentieren May et al. (2006), dass die Reliabilität einen Vorläufer der Validität darstellt. Gwet (2012: 7) verdeutlicht die Relevanz der Reliabilität in Bezug zur Validität: „While reliability is necessary (although insufficient) to ensure validity, validity is unnecessary for a system to be reliable“. Erweist sich ein Instrument als reliabel, so sollte im nächsten Schritt die Validität überprüft werden. Moosbrugger und Kelava (2012: 13) fügen dem hinzu, dass die Kriterien der Objektivität und Reliabilität eine hohe Messgenauigkeit ermöglichen, jedoch nur „die günstigen Voraussetzungen für das Erreichen einer hohen Validität (liefern), da ein Test, der eine niedrige Reliabilität aufweist, keine hohe Validität haben kann“.

Da die Validität für das PEAP-Assessment, wie beschrieben, momentan schwer zu erheben ist und es zudem Argumente für die Überprüfung der Reliabilität vor der Validität gibt, das PEAP-Assessment für die Objektivität eine gute Grundlage mitbringt und die Praktikabilität zum Zeitpunkt der



Konzeption der Forschungsfragen in einer anderen Studie erforscht werden sollte<sup>17</sup>, bezieht sich diese Studie auf eine Überprüfung des Gütekriteriums der Reliabilität.

Die Reliabilität teilt sich, wie in Kapitel 6.3.2 beschrieben, in verschiedene Unterformen auf. Die vorliegende Studie stellt eine Erhebung der Interrater-Reliabilität dar, da diese Form der Reliabilität für den therapeutischen Zweck als besonders relevant erachtet wird (Laver Fawcett 2007) und eine Umsetzung der empirischen Erhebung realisierbar ist. Überprüft wird im Rahmen der Studie die Interrater-Reliabilität für die Gesamtbewertung der einzelnen Betätigungsfelder. Diese setzt sich aus der Selbsteinschätzung der Klientengruppe anhand des offenen Interviews, der standardisierten Befragung, den Beurteilungen von Lehrern/Erziehern sowie der Fremdeinschätzung durch die Therapeutenbewertung zusammen, die sich aus dem Fachwissen, den Erfahrungswerten und der freien Beobachtung des Therapeuten konzipiert. Die Gesamtbewertung wird, wie oben beschrieben, als besonders relevant erachtet, da auf dieser Basis Veränderungen auf Betätigungsebene festgemacht werden können.

Die Überprüfung der Interrater-Reliabilität des PEAP-Assessments für die Altersgruppe 5;0–6;11 Jahre, erfolgt in einem quantitativen, linear ausgerichteten Erhebungsverfahren. Um den zu messenden Bereich in Bezug auf die Interrater-Reliabilität zu konkretisieren, wird Fragestellung (F 1) formuliert:

Inwieweit stimmen die Gesamtbewertungen von geschulten Ergotherapeuten bei der Einstufung der 15 Betätigungsfelder des PEAP-Assessments auf Basis der Klientenbewertung überein?

Ziel ist es, mit Beantwortung der Frage F 1 eine Übereinstimmung bei der Bewertung der Betätigungsfelder des PEAP auf quantitativer Ebene zu überprüfen. Dies ist notwendig, um im Weiteren darzulegen, dass die Veränderung in der Betätigungsausführung des Klienten unabhängig vom erhebenden Therapeuten erfolgt. Ist dies nicht der Fall, so kann das Instrument keine unabhängige Veränderung aufzeigen und eignet sich in der vorliegenden Version nicht, um die Effektivität der ergotherapeutischen Behandlung zu belegen. Um die Gesamtbewertungen der Therapeuten nicht nur quantitativ zu erheben, sondern die Entscheidungskriterien der Therapeuten zu erfassen, ist eine zusätzliche qualitative Erhebung sinnvoll. Hierfür wird die zweite Fragestellung (F 2) wie folgt formuliert:

---

<sup>17</sup> Die Praktikabilität sollte zum Zeitpunkt der Erarbeitung der Fragestellung in einer anderen Studie untersucht werden. Diese wurde jedoch aus persönlichen Gründen nicht abgeschlossen.

Was leitet Ergotherapeuten während der Erfassungsphase des PEAP in ihrer Einschätzung bezüglich der Betätigungsausführung der befragten Klienten?

Um diese Frage zu konkretisieren, wurden drei spezifische Fragestellungen (SF) formuliert.

(SF 1) Wie beschreiben Ergotherapeuten ihre Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung der jeweiligen Betätigungsfelder während der Erfassungsphase des PEAP?

(SF 2) Welche Aspekte bei der standardisierten Befragung beschreiben Ergotherapeuten, die ihnen für die Bewertung hilfreich sind?

(SF 3) Welche Aspekte bei der standardisierten Befragung beschreiben Ergotherapeuten, die ihnen für die Bewertung hinderlich sind?

Insgesamt wird in und für die Ergotherapie eine Vielzahl an Checklisten und nicht standardisierten Assessments konzipiert. Die Erfassungsphase des PEAP wurde entwickelt, um ein einheitliches, aber trotzdem klientenzentriertes Vorgehen bei der Befunderhebung zu realisieren. Um dem individuellen und klientenzentrierten Aspekt gerecht zu werden sowie die aus den Einstufungen gewonnenen Aussagen vertiefend interpretieren zu können, wird das Bewertungsverhalten der Therapeuten mit der Frage F 2 qualitativ betrachtet. Ziel dieser Fragen ist es, den Entscheidungsprozess der Therapeuten während der Gesamtbewertung des PEAP zu verstehen, um Einblicke zu bekommen, welche Information und Aspekte für den Therapeuten relevant sind und die somit Einfluss auf die Bewertung nehmen.

Die Hauptfrage wird durch drei spezifische Fragen beantwortet, wobei sich SF 1 auf die Entscheidungsfindung bezieht. Bei dieser fließen viele Faktoren zusammen, die von dem Therapeuten interpretiert werden und die Basis für ein begründetes Urteil darstellen. Da die standardisierte Befragung einen wichtigen Anteil in dieser Phase darstellt, sollen mit den Fragen SF 2 und SF 3 gezielt mögliche unterstützende wie hemmende Einflüsse während der Erhebung auf das Bewertungsverhalten von Therapeuten erkannt werden.

Es handelt sich bei der vorliegenden Studie, wie im Weiteren beschrieben, um eine *mixed-methods study*, die sowohl eine quantitative (F 1) als auch eine qualitative (F 2) Fragestellung behandelt. Von daher schlagen einige Autoren (Creswell 2014; Creswell & Plano Clark 2011; Tashakkori & Creswell, 2007) vor, eine weitere Form der Fragestellung zu konzipieren, die *mixed-methods question* (Creswell 2014). Diese ist sinnvoll, da *mixed-method* weder nur quantitative noch ausschließlich qualitative Fragestellungen beantwortet. Deshalb wurde für diese Studie eine dritte Fragestellung (F 3)

formuliert, die sich ausschließlich in der Kombination von quantitativen und qualitativen Daten beantworten lässt:

Wie gestaltet sich das Bewertungsverhalten der Therapeuten bei Betätigungsfeldern mit hoher bzw. niedriger Übereinstimmung in der Gesamtbewertung?

Der Schwerpunkt wird hierbei auf die Betätigungsfelder mit hoher bzw. niedriger Konkordanz gelegt, da genau diese Erklärungen für gelungene bzw. misslungene Übereinstimmung geben können.

## 8.2 Forschungsdesign

Die durchgeführte Studie lässt sich als *mixed-methods study* beschreiben, da die Daten sowohl quantitativ als auch qualitativ erhoben und ausgewertet werden. „A ‚mixed-methods study‘ may have [...] subquestions which separately guide the qualitative and quantitative components of the data collection“ (Kroll & Neri 2009: 33). Die Forschungsfrage F 1 bezieht sich auf den quantitativen Teil, während die Forschungsfrage F 2 mit den entsprechenden Unterfragen den qualitativen Part abdeckt. Es wird dadurch nicht nur erhoben, welche Gesamtbewertung die Therapeuten abgeben, sondern auch, wie sie zu ihrer Entscheidung kommen. Des Weiteren ist bei einer *mixed-methods study* entscheidend, dass die Daten an einem oder an mehreren Punkten der Forschung in Beziehung zueinander gebracht werden (ebd.: 34). In der durchgeführten Studie wird die numerische Einstufung (quantitativ) mit dem Bewertungsverhalten der Therapeuten (qualitativ) bei der Interpretation der Daten in Zusammenhang gebracht, zudem werden beiden Forschungsstränge in Forschungsfrage F 3 vereint. Relevant ist hierbei u. a., zu beachten, ob es bei Betätigungsfeldern mit hohen bzw. niedrigen Übereinstimmungswerten andere Einflussfaktoren oder ein anderes Vorgehen in Bezug auf das Bewertungsverhalten der Therapeuten gibt. Somit wird die numerische Bewertung durch die qualitativen Daten inhaltlich interpretiert.

Bryman (2006: 105ff.) beschreibt insgesamt 16 Gründe, die in der Literatur häufig zur Begründung des Einsatzes einer *mixed-methods study* herangezogen werden. Im Folgenden werden die für die durchgeführte Erhebung als relevant betrachteten Gründe genauer beschrieben. Die „Vollständigkeit“ (Bryman 2006: 106) impliziert, dass der Forscher durch die Kombination von quantitativen und qualitativen Daten ein besseres Verständnis für den Gegenstandsbereich erzielt, da „[...] qualitative und quantitative Methoden weniger zur gegenseitigen Validierung als zur gegenseitigen Ergänzung geeignet sind“ (Kelle & Erzberger 2000: 303). Der Gegenstandsbereich in der durchgeführten Erhebung bezieht sich auf die Gesamtbewertung der einzelnen Betätigungsfelder während der PEAP-Erfassungsphase. Durch die quantitative numerische Erhebung werden die sogenannten „harten Daten“ (Bryman 2006: 107) ermittelt, die dann durch die qualitativen

Informationen für den Forscher nachvollziehbar werden. Aufgrund dessen sind „verschiedene Forschungsfragen“ (ebd.) notwendig, da quantitative und qualitative Forschung jeweils andere Forschungsfragen eines Themengebietes bearbeiten können. Werden beide Ansätze innerhalb der Forschung verfolgt, so kann eine verbesserte Integrität der Ergebnisse und somit eine „erhöhte Glaubwürdigkeit“ (ebd.: 108) erreicht werden. Aufgrund dessen ist gerade bei der Interpretation der Ergebnisse das Zusammenbringen qualitativer und quantitativer Ergebnisse im Rahmen dieser Studie entscheidend. Dies führt zur „Illustration“ (ebd.), da diese sich auf den Gebrauch von qualitativen Daten zur Erläuterung von quantitativen Ergebnissen (*meat on the bones*; ebd.: 109) bezieht. Abschließend erscheint hier die „Nützlichkeit“ (ebd.) als weiterer wichtiger Grund. Diese bezieht sich darauf, dass die Ergebnisse durch die Kombination von quantitativen und qualitativen Daten für die Praktiker einen größeren Mehrwert haben. Die hier gewonnenen Daten fließen in die Weiterentwicklung des PEAP ein und haben somit direkten Einfluss auf die Praxis.

Des Weiteren lassen sich vier Kriterien beschreiben (Creswell & Plano Clark 2011), an denen sich die Entscheidung für das geeignete Design der *mixed-method study* orientiert:

- das Ausmaß der Interaktion zwischen qualitativem und quantitativem Forschungsprozess,
- die entsprechende Priorisierung der Forschungsstränge,
- der Zeitpunkt, an dem die Prozesse zusammengebracht werden und
- der Ablauf der Datenmischung

In Bezug auf die hier durchgeführte Erhebung lässt sich ein unabhängiger Interaktionslevel ausmachen, denn dies

„[...] occurs when the quantitative and qualitative strands are implemented so that they are independent from the other—that is, the two strands are distinct and the researcher keeps the quantitative and qualitative research questions, data collection, and data analysis separate“ (Creswell & Plano Clark 2011: 65).

Erst bei der abschließenden Interpretation der Daten kommt es zu einer Verknüpfung und zur Beantwortung der Forschungsfrage F 3 (*mixed-methods question*). Die Forschungsfragen F 1 (quantitativ) und F 2 (qualitativ) werden mit verschiedenen Methoden gewonnen und mit unterschiedlichen Verfahren ausgewertet.

Die Priorisierung bezieht sich auf die entsprechende Gewichtung des qualitativen und quantitativen Forschungsprozesses. Da für die Beantwortung der Forschungsfragen qualitatives und quantitatives Vorgehen gleich wichtig sind, wird hier eine *equal priority* angestrebt (Creswell & Plano Clark 2011: 65).

Der Zeitpunkt lässt sich als *concurrent timing* beschreiben, d. h. zeitgleiches Erheben der Daten, da durch die Rater in einem Durchgang sowohl die Bewertung als auch die Vorgehensweise erhoben werden „concurrent timing occurs when the researcher implements both the quantitative and qualitative strands during a single phase of the research study“ (ebd.: 66). Zudem werden alle Studienteilnehmer an beiden Teilen der Studie (quantitative wie qualitative) teilnehmen, da dies das zeitgleiche Erheben dieses Vorgehen ermöglicht und die identische Anzahl an Personen eine im weiteren Verlauf folgende Zusammenführung und Interpretation der Daten erleichtert sowie die Aussagekraft der Daten erhöht (Creswell 2014).

Die Daten werden während der Interpretation gemischt; das bedeutet, „[...] the quantitative and qualitative strands are mixed during the final step of the research process after the researcher has collected and analysed both sets of data“ (Creswell & Plano Clark 2011: 67). Somit wird in der Dateninterpretation aufgezeigt, welche Ergebnisse aus der Kombination beider Forschungsstränge zu gewinnen sind. Entscheidend ist hier, wie die Daten in Beziehung zueinander gebracht werden. Eine Möglichkeit ist die sogenannte *side-by-side comparison* (Creswell 2014: 222). Hierbei werden zuerst die quantitativen oder qualitativen Daten interpretiert, um im Anschluss die entsprechend anderen Ergebnisse mit dem Ziel hinzuzufügen, die zuerst interpretierten Ergebnisse zu untermauern oder diesen zu widersprechen.

Aufgrund des unabhängigen Interaktionslevels, der Gleichgewichtung beider Forschungsstränge, des zeitgleichen Datenerhebens sowie der späten Mischung der Daten während der Interpretation lässt sich das Forschungsdesign als *convergent parallel design* (Creswell & Plano Clark 2011: 70f.) oder *concurrent triangulation* (Kroll & Neri 2009: 40) bezeichnen. Das methodische Vorgehen im *convergent parallel design* ist in Abbildung 17 (Creswell & Plano Clark 2011: 69) dargestellt und mit den in der Studie eingesetzten bzw. im Weiteren ausführlich beschriebenen Methoden in Verbindung gebracht.

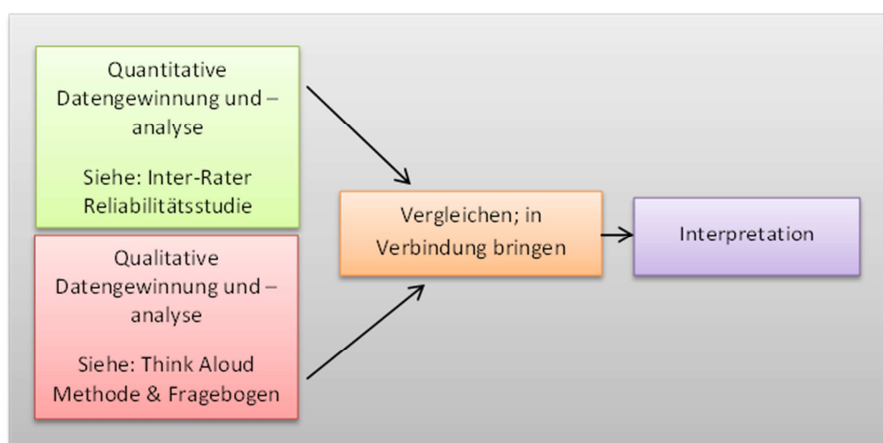


Abbildung 17: Methodisches Vorgehen beim convergent parallel design

Da unterschiedliche methodische Zugänge gewählt werden, lässt sich insgesamt eine methodologische Triangulation und hier genauer eine *between-method* erkennen. Bei dieser werden verschiedene Methoden zur Anreicherung und Vervollständigung der Daten hinzugezogen. Die Ergebnisse aus dieser Kombination können somit die Erkenntnismöglichkeiten der Einzelmethode übertreffen (Flick 2012). Welche Methoden in der vorliegenden Studie zum Einsatz kommen und zu welchem Zweck sie eingesetzt werden, wird in Abbildung 18 dargestellt.

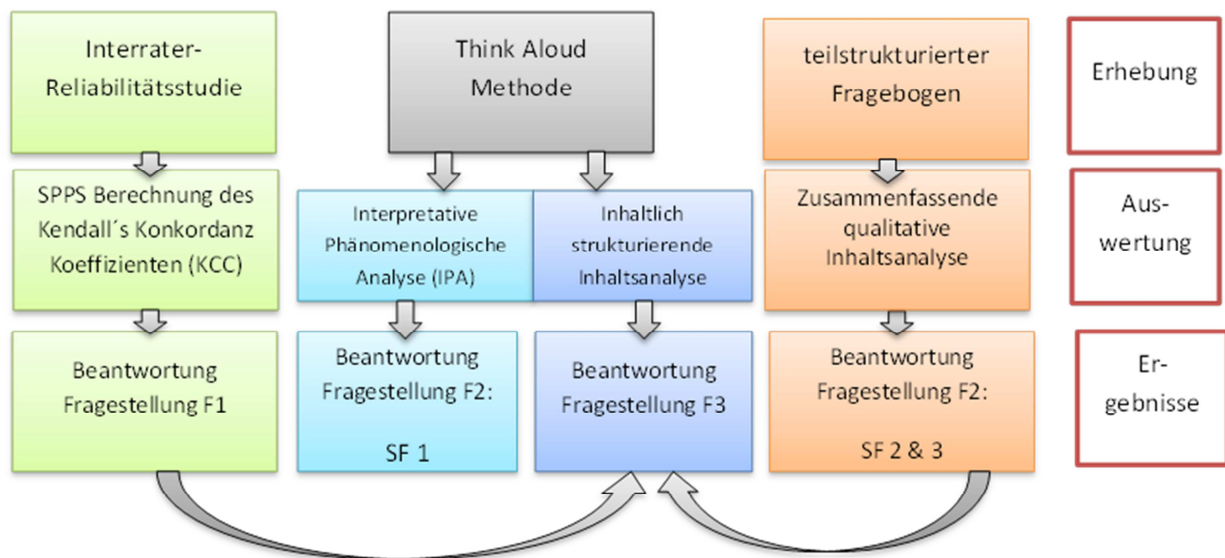


Abbildung 18: Überblick Forschungsdesign

Die dargestellten Erhebungsmethoden werden getrennt voneinander erläutert. Zuerst erfolgt eine Beschreibung der Interrater-Reliabilitätsstudie, anschließend folgt die *Think Aloud* Methode und abschließend wird dargelegt, wie der Fragebogen zum Einsatz kommt.

### 8.2.1 Interrater-Reliabilitätsstudie

Der quantitative Teil der Erhebung bezieht sich auf die Interrater-Reliabilitätsstudie. Die Interrater-Reliabilität eines Assessments lässt sich anhand von Videoaufnahmen unterschiedlicher Fälle, die von einer Anzahl an Ratern mit Hilfe des Instrumentes bewertet werden, überprüfen. „The assessment of inter-rater reliability (IRR) ist often necessary for research designs where data are collected through ratings provided by trained or untrained codes“ (Hallgren 2012: 1). Auch in der Ergotherapie wurden solche Studien bereits durchgeführt (Embleton & Spencer 1997; Faddy, McCluskey, Lannin 2008; Holmefur, Krumlinde-Sundholm, Eliasson 2007; Ivey, Lane, May-Benson 2014; Klompenhouwer et al. 2000; Nott, Chapparo, Heard 2009). Hierfür werden Videoaufnahmen als sinnvolles methodisches Vorgehen beschrieben (Bailliard 2015; Pierce 2005).

Bei dieser Studie wird das PEAP-Assessment verschiedener PEAP-geschulter Therapeuten mit unterschiedlichen, den Einschlusskriterien entsprechenden Klienten einschließlich der

Gesamtbewertung durchgeführt und dokumentiert. Im Mittelpunkt steht folgende Fragestellung: *„Inwieweit stimmen die Gesamtbewertungen von geschulten Ergotherapeuten bei der Einstufung der 15 Betätigungsfelder des PEAP-Assessments auf Basis der Klientenbewertung überein?“*

Um diese zu beantworten, werden das offene Interview und die standardisierte Befragung mit Kind und Eltern auf Video aufgenommen. Zudem wird der Protokollbogen zur Bewertung der Betätigungsfelder bis auf die „Gesamtbewertung Therapeut“ von den behandelnden Therapeuten ausgefüllt. Die Therapeutenbewertung wird, falls dies als relevant erachtet wird, von den Ratern<sup>18</sup> und nicht vom behandelnden Therapeuten<sup>19</sup> ausgefüllt, da es diese Bewertung dem Rater ermöglicht, seine eigene Sicht verstärkt einzubringen bzw. weniger von den Einschätzungen des Therapeuten beeinflusst zu werden.

Damit sich die Rater für die Therapeutenbewertung ein umfassenderes Bild von dem Klienten machen können, werden zusätzlich zwei frei gestaltete Sequenzen zu jeweils maximal fünf Minuten aufgenommen. Hierbei handelt es sich erstens um eine freie Spielsituation, bei der das Kind entscheiden darf, was es spielen möchte (Rollen-, Bewegungs-, Brettspiel etc.), und zweitens um eine Situation, in der das Kind vor oder nach der Therapie seine Jacke, Schuhe oder Socken an- bzw. auszieht. Zudem werden die Bewertungen der Lehrer/Erzieher, der Stammdatenbogen und das Betätigungsprofil eingeholt. Das PEAP-Assessment umfasst laut Kraus & Romein (2015) die PEAP-Konferenz, die allen beteiligten Personen die Möglichkeit gibt, ihre Betätigungsanliegen zu verbalisieren, sodass „die Therapeutin eventuelle Begründungen des Kindes und der Eltern besser nachvollziehen (kann)“ (Kraus & Romein 2015: 69). Dieses Gespräch stellt somit für den Therapeuten eine wichtige Entscheidungshilfe bei der anschließenden Gesamtbewertung dar. Das Studiendesign lässt diesen Schritt jedoch nicht zu, sodass die Rater bei der vorliegenden Studie nicht auf Informationen aus der PEAP-Konferenz zurückgreifen können.

Diese sogenannten Datensätze werden vollständig an die Forscherin verschickt. Von hier werden die Daten anonymisiert und an die Rater weitergeleitet. Diese führen in einem festgelegten Zeitraum von zwei Monaten die PEAP-Gesamtbewertung auf Grundlage der einzelnen Datensätze durch.

Bezogen auf die Interrater-Reliabilität wird das *full-crossing-Design* verwendet. Dies impliziert, dass alle Rater die drei vorliegenden PEAP-Datensätze vollständig bewerten. Die breitere Datenmenge erlaubt eine „[...] systematic bias between coders to be assessed and controlled for in an IRR

---

<sup>18</sup> Rater sind in dieser Studie Teilnehmer, die drei PEAP-Assessments auf der Grundlage der Videos und Dokumente bewerten.

<sup>19</sup> Unter Therapeuten werden in dieser Studie Teilnehmer verstanden, die mit einem Kind und den Eltern ein PEAP-Assessment durchführen und auf Video aufnehmen.

estimate, which can improve overall IRR estimates“ (Hallgren 2012: 3). Die Daten werden mittels Kendalls Konkordanzkoeffizient (KCC) (s. Kapitel 9.2.1) ausgewertet.

Dieses Vorgehen beschreibt den quantitativen Teil der Studie. Die im Folgenden erläuterten Methoden (*Think Aloud* und Fragebogen) beziehen sich überwiegend auf den qualitativen Teil.

### 8.2.2 Think Aloud Methode

Die *Think Aloud* Methode fällt unter die kognitiven Erhebungsverfahren. Sie wird eingesetzt, um die Anwendbarkeit von Produkten wie z. B. Test zu überprüfen, aber auch, um kognitive Abläufe wie etwa Problemlösungsprozesse zu beleuchten bzw. zu erkennen, welche Strategien eine Person nutzt, um Informationslücken zu schließen und Entscheidungen nach innen wie auch nach außen zu vertreten (Krahmer & Ummelen 200; Nielsen, Clemmensen, Yssing 2002). In den Sozialwissenschaften ist die *Think Aloud* Methode bisher wenig verbreitet. Jedoch stellt in diesem Forschungsprozess die Bewertung der Betätigungsfelder auf der Grundlage von verschiedenen Einschätzungen einen Problemlöseprozess dar. Die Teilnehmer müssen für jedes Betätigungsfeld eine Entscheidung treffen, die sie vertreten können. Ziel ist es, dabei ihr Vorgehen und mögliche Strategien offenzulegen. Grundsätzlich werden die Teilnehmer bei der *Think Aloud* Methode dazu aufgefordert, ihre Gedankengänge beim Durchführen einer Aufgabe zu erfassen (Konrad 2010). Die dabei auf einem Tonträger aufgezeichneten Formulierungen werden als *verbal protocols* bezeichnet (Ericson & Simon 1984); sie werden anschließend je nach Problemstellung und Theorieansatz quantitativ oder qualitativ ausgewertet (Konrad 2010; Krahmer & Ummelen 2004).

Bei qualitativer Herangehensweise steht grundsätzlich das individuelle Erleben der Teilnehmer im Vordergrund (Flick 2012). Da mithilfe der *Think Aloud* Methode in der vorliegenden Forschung die Frage „Wie beschreiben Ergotherapeuten ihre Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung der jeweiligen Betätigungsfelder während der Erfassungsphase des PEAP?“ beantwortet werden soll, steht das subjektive Erleben der Teilnehmer im Fokus, was einer qualitativen Auswertung (s. Kapitel 9.1.2) bedarf.

Die verbalisierten Gedanken der Teilnehmer werden während des Bewertungsprozesses durch die Rater auf einen Tonträger aufgenommen. Jedoch werden die Ergebnisse nicht, wie häufig bei dieser Methode, im Rahmen von kognitiven Interviews (Conrad, Blair, Tracy 2008; Willis 2004) gewonnen. Die Studienteilnehmer werden vorher in die Methode des *Think Aloud* eingeführt, sind bei der Durchführung jedoch in ihrem beruflichen oder häuslichen Umfeld allein. Dort nehmen sie ihre Gedanken selbständig auf ein Tonband auf. Auf die Durchführung kognitiver Interviews wird verzichtet, da die Belastung für die Teilnehmer durch die Bewertung von drei PEAP-Assessments zeitlich bereits sehr hoch ist. Zudem können die Teilnehmer die Bewertung der drei Assessments



nicht an einem Stück durchführen. Sie haben insgesamt zwei Monate Zeit, um eine gründliche Durchführung zu ermöglichen. Aus organisatorischen Gründen ist es nicht realisierbar, die auf ganz Deutschland verteilten Teilnehmer über einen Monat bei der Durchführung der Erhebung persönlich zu begleiten. Des Weiteren kann es von Vorteil sein, wenn ein Teilnehmer allein ist, da der Studienleiter somit die Gedanken des Probanden nicht unterbrechen kann und diesen nicht beeinflusst (Krahmer & Ummelen 2004; Odgen & Russell 2012). Dieses Vorgehen unterstützt die Validität der Daten (Yardley 2008). Die alleinige Auswertung der Interviews im alltäglichen Umfeld entspricht zudem der Arbeitsrealität und schafft somit keine künstliche Situation, in der der Teilnehmer sich ggf. beobachtet fühlt. Das laute Denken ist unnatürlich. Von daher ist es relevant, die Teilnehmer entsprechend zu schulen, um ihnen den Unterschied zwischen Beschreibungen („Ich lege jetzt den Stift von hier nach dort“) und dem Darlegen der Gedankengänge („Dieser Tisch ist größer als der andere, da lege ich den Stift auf den größeren“) zu verdeutlichen (ebd.). In der Erhebung findet dies im Rahmen einer individuellen Einführung per Skype oder Telefon mit jedem einzelnen Teilnehmer statt.

Methodisch lassen sich bei *Think Aloud* zwei Vorgehensweisen differenzieren: erstens das *concurrent Think Aloud* (CTA), dass das Denken direkt während der Beantwortung erfasst, und zweitens das *retrospective Think Aloud* (RTA), das das Rekapitulieren der eigenen Gedankengänge nach Beantwortung der Frage erfordert (Häder 2010); RTA wird dabei auch als *post-task testing*, *retrospective protocol*, *retrospektive report*, *think after* usw. bezeichnet (Guan, Lee, Cuddihy 2006: 1253). In der hier beschriebenen Erhebung wird das *retrospective Think Aloud* eingesetzt, da das *concurrent Think Aloud* eine hohe Anforderung an die Studienteilnehmer stellt und die Gefahr besteht, dass die erhöhte Anforderung negative Auswirkungen wie z. B. Reduzierung der Aufmerksamkeit und Konzentration der Studienteilnehmer zu Folge haben könnte. Diese könnte sich in einem veränderten Bewertungsverhalten der Teilnehmer widerspiegeln, was die qualitative Datenerhebung beeinflusst (Guan et al. 2006; Nielsen, Clemmensen, Yssing 2002).

Bei der *retrospective Think Aloud Methode* wird als problematisch beschrieben, dass die Teilnehmer versuchen, rückblickend ihre Entscheidung zu begründen und weniger über ihre Gedankengänge berichten (Häder 2010). Jedoch ist im Rahmen der hier aufgeworfenen Forschungsfrage sowohl ein Beschreiben als auch ein Begründen erwünscht. Ericsson und Simon (1980) haben die Methode als erste ausführlich beschrieben. Sie unterscheiden drei Level der Verbalisierung: Vokalisierung, Verbalisierung und retrospektive Berichte. Bei den ersten beiden handelt es sich um das Benennen von Gedankengängen, die im Kurzzeitgedächtnis abgespeichert wurden. Liegt ein zu langer Zeitraum zwischen Ereignis und Befragung, so können die Teilnehmer auf Beschreibungen und Begründungen für die Entscheidungsfindung zurückgreifen, jedoch nicht mehr auf die vorgeschalteten

Gedankengänge, da diese Informationen aus dem Kurzzeitgedächtnis verloren sind (Nielsen et al. 2002). Dieser Anspruch, dass alle Gedankengänge bei möglichst zeitgleichem Sprechen offengelegt werden, wurde jedoch in den letzten Jahren zurückgenommen, da deutlich wurde, dass die Befragten nur eingeschränkt in der Lage sind, während der Ausführung ihre Gedankenabläufe zu formulieren. Von daher wird eine zeitnahe retrospektive Befragung befürwortet (Prüfer & Rexroth 2005). Um im Rahmen der empirischen Erhebung eine möglichst störungsfreie Einstufung der Gesamtbewertung zu erhalten und trotzdem retrospektiv auf die Gedankengänge Zugriff zu bekommen, werden die Teilnehmer dazu angehalten, sofort nach jeder Bewertung des jeweiligen Betätigungsfeldes ihre Gedanken zu verbalisieren. Somit wird der Zeitraum zwischen Bewertung und Verbalisierung kurz gehalten, muss aber nicht gleichzeitig absolviert werden. Dieser und die oben beschriebenen Aspekte werden bei der Operationalisierung des Erhebungsinstrumentes beachtet.

### 8.2.3 Fragebogen

Die Befragung ist die Methode, die in der empirischen Sozialwissenschaft am häufigsten Anwendung findet. Die Wahl der Erhebungstechnik, ob Interview oder Fragebogen, hängt primär vom Forschungsproblem ab (Bortz & Döring 2006). Beide Verfahren haben ihre Stärken und Schwächen, die in Relation zum erfragten Inhalt, dem Zugang zur Stichprobe, den Rahmenbedingungen (finanziell und zeitlich) sowie den Auswertungsmöglichkeiten zu gewichten sind (ebd.).

Da sich durch das direkte Gespräch ein sozialer Kontakt zwischen Teilnehmer und Interviewer aufbaut, wird vermutet, dass Zielpersonen besonders stark motiviert sind, gültige und verlässliche Informationen zu geben (Häder 2010). Schnell et al. (2011) sowie Polgar und Thomas (2000) erwarten bei der schriftlichen Befragung ehrlichere Antworten, da der Hang der Zielperson zur sozialen Erwünschtheit entfällt. Zudem ist bei der mündlichen Befragung zu bedenken, dass neben einem relativ hohen Aufwand und der oftmals geringen Teilnahmebereitschaft der Einfluss des Interviewers nicht zu unterschätzen ist (Häder 2010). Bei der schriftlichen Befragung hingegen wird der Einfluss des Interviewers eliminiert; der Gesamtaufwand ist im Gegensatz zur mündlichen Befragung gering und eine höhere Anonymität ist gewährleistet. Als problematisch wird bei der schriftlichen Befragung die oftmals fehlende *compliance* der Befragten beschrieben (Ballinger & Davey 1998; Häder 2010; Polgar & Thomas 2000). Zudem muss ein Fragebogen selbsterklärend sein, da in der Regel kein Gespräch zwischen Befragtem und Fragendem stattfindet (Bortz & Döring 2006).

Für die vorliegende Erhebung ist eine persönliche Befragung im Rahmen eines Interviews zur Beantwortung der Fragen SF 2 und SF 3 aus organisatorischen Gründen nicht möglich, da die Rater direkt nach jedem komplett bewerteten Fall ihre Angaben über fördernde und hindernde Faktoren bei der Bewertung abgeben sollen. Zudem können die Befragten ihre Einschätzung aufgrund des

fehlenden Intervieweinflusses ungestörter abgeben. Des Weiteren sind sie bei der Beantwortung der Fragen zeitlich nicht eingeschränkt, was das Durchdenken der Antwort fördert. Als nachteilig können sich hier die fehlende Kontrolle der Datenerhebungssituation (da es dem Befragten frei steht an welchem Ort er den Bogen ausfüllt) sowie die mangelnde Möglichkeit erweisen, direkte Rückfragen zu stellen (Häder 2010; Schnell et al. 2011). Der möglichen reduzierten *compliance* versucht Dillmann (1978 in Schnell et al. 2011: 352f.) mit dem sogenannten Kosten-Nutzen Kalkül entgegenzutreten. Dies bedeutet, dass dem Befragten der Nutzen seiner Teilnahme vermittelt wird und gleichzeitig die Kosten wie z. B. Zeitaufwand möglichst gering erscheinen. Durch die Gesamtbewertung der Betätigungsfelder ist die Teilnahmebereitschaft bereits erhöht. Jedoch kann aufgrund der Fülle an Aufgaben für die Teilnehmer (Gesamtbewertung; *Think Aloud* Protokoll und Fragebogen) der Fragebogen als letztes Element aus dem Blickfeld der Befragten geraten. Dies ist bei der Konzeption des Bogens zu beachten, da in der Erhebung eine schriftliche Befragung mit Hilfe eines Fragebogens zur Beantwortung der Fragen SF 2 und SF 3 herangezogen wird.

Die Befragung kann unterschiedlich stark strukturiert sein. Es gibt die wenig strukturierte, die teilstrukturierte und die standardisierte Befragung (Dieckmann 2012). Da der Teilnehmer in der erfolgten Erhebung den Fragebogen selbständig ausfüllt, wird bei einer wenig strukturierten Befragung die Offenheit als Risiko gesehen. Diese kann dazu führen, Daten zu erhalten, die wenig mit der Forschungsfrage in Beziehung stehen. Die standardisierte Befragung hingegen dient dazu, quantitativ vergleichbare Daten zu generieren und Sichtweisen zu quantifizieren. Da die Forschungsfrage die individuelle Interpretation der Wirklichkeit in den Mittelpunkt stellt und Problemlagen identifizieren möchte, erscheint diese Art der Strukturierung nicht geeignet. Die teilstrukturierte Befragung gibt Fragen vor, womit die thematische Eingrenzung gegeben ist. Sie lässt dem Befragten bei der Beantwortung der Fragen die nötige Freiheit, um eigene Meinungen offenzulegen. Die schriftliche Befragung anhand eines teilstrukturierten Fragebogens eignet sich somit, die förderlichen und hemmenden Aspekte bei der Bewertung der Betätigungsfelder zu erheben.

Aus den oben beschriebenen Gründen (mangelnde direkte Möglichkeit Fragen zu stellen; Ermüdung der Teilnehmer durch umfassende Datenerhebung, fehlende Kontrolle der Datenerhebungssituation) müssen die Fragen sorgfältig durchdacht werden. Die Konzeption des Fragebogens wird in Kapitel 8.5.3 in Bezug auf die hiesige Erhebung beschrieben.

### 8.3 Stichprobe

Insgesamt liegt der Untersuchung eine Stichprobe mit drei Untersuchungsgruppen vor. Die erste bezieht sich auf Ergotherapeuten, die die PEAP-Datensätze für die Auswertung erstellen; diese

werden im weiteren Verlauf als „Therapeuten“ bezeichnet. Die zweite besteht ebenfalls aus Ergotherapeuten, die drei PEAP-Assessments bewerten. Im empirischen Teil dieser Arbeit werden diese Personen als „Rater“ titulierte. Beide Untersuchungsgruppen werden auch, wenn es inhaltlich sinnvoll ist, gemeinsam als „Teilnehmer“ bezeichnet. Die dritte Gruppe bilden die Kinder mit ihren Eltern, die im Rahmen der Studie per Video gefilmt werden.

### **8.3.1 Auswahl der Untersuchungsgruppe Therapeuten**

Die Grundgesamtheit stellen die in der Pädiatrie arbeitende Ergotherapeuten, die in den Jahren 2011 bis 2014 einen PEAP-Workshop (Wochenendseminar) besucht haben (N=152). Aus dieser wird die einfache Zufallsstichprobe (n) gezogen. Dieses Auswahlverfahren ist dann realisierbar, wenn eine vollständige Liste der Grundgesamtheit vorliegt, die Population nicht zu groß ist (Windisch & Zoßeder 2006) und alle Untersuchungsobjekte mit gleicher Wahrscheinlichkeit Teil der Untersuchung werden können (Bortz & Döring 2006). Diese Aspekte sind zum Zeitpunkt der Erhebung erfüllt, da alle Ergotherapeuten vor Anwendung des PEAP einen Workshop besuchen müssen und dadurch bei der PEAP-AG registriert sind. Kelle und Kluge (2010) kritisieren an der Zufallsstichprobe für die qualitative Forschung, dass womöglich nicht die Personen, Situationen oder institutionellen Felder untersucht werden, die für das Forschungsproblem tatsächlich von Interesse sind. Jedoch ist die Gruppe der potentiellen Teilnehmer durch die Bedingung, an einer PEAP-Fortbildung teilgenommen zu haben, relativ gering.

Mit Unterstützung der PEAP-Teams wird die Zufallsstichprobe generiert. Hierfür werden zuerst alle ehemaligen Teilnehmer mit einem Anschreiben (s. Anlage 6 & 7) per Mail zur Teilnahme an einem der beiden Abschnitte der Erhebung aufgerufen und haben somit, da von allen Teilnehmern eine gültige Mailadresse vorliegt, die gleiche Möglichkeit, an der Untersuchung teilzunehmen. Im weiteren Verlauf können sich die Teilnehmer entscheiden, ob sie als Interviewer (Videoaufzeichnung) oder als Rater (Auswertung) fungieren wollen.

Bei vorliegender Teilnahmebereitschaft wenden sich die Teilnehmer per E-Mail an die Forscherin. Im Anschluss wird allen Interessierten ein Anschreiben (s. Anlage 8) zugesandt, um zu überprüfen, ob sie folgenden Einschlusskriterien entsprechen:

- Ergotherapeuten mit Berufserfahrung in der Pädiatrie
- Teilnahme an einem PEAP-Workshop in den Jahren 2011–2014
- Mögliche Teilnahme an dem Refresher-Workshop; auch per Videoschulung

Um für die qualitative Auswertung eine Grundhomogenität in der Gruppe zu gewährleisten, die für die Fragestellung von Bedeutung ist, schlagen Smith et al. (2008) sowie Smith und Osborn (2009) vor, Ausschlusskriterien zu formulieren:

- Ergotherapeuten, die nur während der Berufsausbildung ein pädiatrisches Praktikum absolviert haben
- Ergotherapeuten, die nur einen Vortrag über das PEAP gehört oder sich im Selbststudium in das Assessment eingearbeitet haben
- Ergotherapeuten, die nicht bereit sind, die Neuerungen des PEAP zu erlernen und in der Studie einzusetzen

Eine „gute Stichprobe zeichnet sich dadurch aus, dass sie hinsichtlich möglichst vieler Merkmale und Merkmalskombinationen der Population gleicht“ (Bortz & Döring 2006: 396). Um Repräsentativität zu erreichen, werden die Merkmale (Ergotherapeutin im pädiatrischen Bereich; PEAP-Workshop und mögliche Nachschulung) bewusst allgemein gehalten – mit dem Ziel, Therapeuten mit unterschiedlicher Berufserfahrung bzw. verschiedenen Niveaus von Erfahrung in der Anwendung des Assessments sowie unterschiedlichem Ausbildungsgrad (Berufsfachschulabschluss, Bachelor- oder Masterabschluss) und Lebensalter zu erreichen. Als notwendiges Merkmal müssen die Teilnehmer einen PEAP-Workshop besucht haben, da nur durch diesen Aspekt eine einheitliche Durchführung des Assessments gewährleistet und dieses auf Gütekriterien überprüft werden kann.

Insgesamt geben 18 Personen ihre Bereitschaft zur Teilnahme. Aus diesem Pool melden sich zwei Personen ausschließlich für die Videoaufzeichnungen und sieben Personen nur für die Bewertung. Neun Personen waren für beide Forschungsteile offen. Die Teilnehmer, die Bereitschaft für beide Forschungsteile angegeben haben, werden einer der beiden Aufgaben zugelost, sodass am Ende vier Teilnehmer (= Therapeuten) für die Videoaufzeichnungen, 13 Teilnehmer (= Rater) für die Bewertung und eine Teilnehmerin für die Pilotstudie zur Verfügung stehen.

Um eine einheitliches Vorgehen zu gewährleisten und den aktuellen Stand des Instrumentes zu kennen und anwenden zu können, sollen die Teilnehmer in einem weiteren, eintägigen PEAP-Refresher-Workshop im November 2013 nachgeschult werden. Da nach der Teilnehmerbefragung deutlich wird, dass 14 von 18 Teilnehmern nicht persönlich an einem Workshop in Berlin teilnehmen können, entscheidet sich die Forscherin zur Gewährleistung eines einheitlichen Informationsstandes in Rücksprache mit der PEAP-Team, die Teilnehmer anhand einer Home-Schulung auf den neusten Stand zu bringen. Die Rater, welche anhand der von den Interviewern erstellten Datensätze die Gesamtbewertung vornehmen und die ihren Entscheidungsprozess narrativ sowie anhand eines Fragebogens darlegen, werden einheitlich in die Anwendung der *Think Aloud* Methode eingeführt.

Während der Schulung der Rater wird deutlich, dass aufgrund der langen Zeitspanne zwischen Rekrutierung und Start der Erhebung (ca. ein Jahr) sechs der 13 Teilnehmer aufgrund verschiedener persönlicher Gründe wie z. B. Erkrankung bzw. familiäre oder berufliche Belastung nicht mehr für eine Teilnahme zur Verfügung stehen. Aufgrund dessen findet eine Nachrekrutierung bei den Teilnehmern eines vor kurzem abgeschlossenen PEAP-Seminars statt. Von den elf Teilnehmern des Seminars erklären drei ihre Bereitschaft zur Teilnahme, sodass die Gesamtteilnehmerzahl in der Gruppe der Rater bei zehn liegt. Die nachrückenden Teilnehmer werden in Bezug auf die Einschlusskriterien überprüft, in der Durchführung der *Think Aloud* Methode nachgeschult und schriftlich wie auch telefonisch über den Ablauf der Studie informiert.

Zur Pilotierung wird im Vorfeld ein PEAP-Assessment von einer Therapeutin bewertet. Diese Therapeutin wird, wie die an der Studie teilnehmenden Rater, in der Durchführung des PEAP und der *Think Aloud* Methode geschult.

### 8.3.2 Auswahl der Untersuchungsgruppe Kinder

Die mit dem PEAP-Assessment befragten Kinder müssen zum Zeitpunkt der Erhebung zwischen 5;0 und 6;11 Jahre alt sein. Die Erhebung bezieht sich nur auf diese Altersstufe, da sie eine häufige Klientel in der pädiatrischen Ergotherapie darstellt (Waltersbacher 2016). Eine breitere Altersverteilung hätte zudem die quantitative Aussage der Studie durch weniger Probanden in einer Altersgruppe reduziert. Eine höhere Anzahl an Studienteilnehmern ist aufgrund der Aktualität des Instrumentes und der dadurch reduzierten Anzahl an geschulten und teilnahmebereiten Teilnehmern nicht möglich. Die Kinder befinden sich zum Zeitpunkt der Erfassungsphase des PEAP in ergotherapeutischer Behandlung. Da das PEAP für eine breite Klientel entwickelt ist, gibt es im Hinblick auf die Diagnose der ausgewählten Kinder wenige Einschränkungen. Einzige Ausschlusskriterien sind vorliegende schwere Mehrfachbehinderung, Mutismus und schwere Sprachentwicklungsverzögerung.

Für Eltern/Lehrer der Kinder gelten folgende Einschlusskriterien:

- Die Eltern bzw. Elternteile sind die Bezugspersonen, mit den das Kind den zeitlich größeren Anteil seines Alltags verbringt (bei getrennt lebenden Elternteilen)
- Eltern können auch Pflegeeltern, Adoptiveltern oder Großeltern sein. Sie verbringen den Alltag regelmäßig, d. h. mindestens 4-mal wöchentlich, mit dem Kind.
- Die Lehrer sind die Klassenlehrer bzw. Lehrer mit den meisten Schulstunden in der Klasse der Kinder

Die Eltern und Lehrer werden über den Ablauf der Studie und den Datenschutz schriftlich informiert und haben der Teilnahme an der Studie im Vorfeld schriftlich zugestimmt (s. Anlage 13).

Da die Eltern der teilnehmenden Kinder (mündlich) und die Lehrer (schriftlich) befragt werden, geben diese eine informierte Einwilligung ab. Die Kinder werden altersgerecht von den jeweiligen Therapeuten über den Studienablauf aufgeklärt und geben eine mündliche informierte Einwilligung. Sowohl Eltern und Lehrer als auch Kinder haben zu jedem Zeitpunkt der Datenerhebung die Möglichkeit, ohne Angabe von Gründen ihre Teilnahme zu revidieren. Da die Therapeuten Eltern und Kinder auf eine mögliche Teilnahmebereitschaft ansprechen, handelt es sich bei der Auswahl der Kinder um eine nicht-probabilistische Stichprobe, sondern um eine bewusste Auswahl an teilnahmebereiten Klienten der entsprechenden Altersgruppe in der ergotherapeutischen Praxis. Bortz und Schuster (2010) bezeichnen diese Stichprobenart als theoretische Stichprobe. Schnell et al. (2011: 293) merken zur Auswahl typischer Fälle kritisch an, dass offenbleibt, „welche Kriterien ein Fall besitzen muss, um in die Stichprobe zu gelangen. Die Definition der Kriterien kann nur aus dem Untersuchungsziel abgeleitet werden, [...] dann kann nichts über die Verteilung in der Grundgesamtheit ausgesagt werden.“ Ziel der hier gezogenen Stichprobe ist nicht die Repräsentativität. Es sollen Kinder gewählt werden, die Unterschiede z. B. beim Geschlecht und der Ausprägung der Alltagsschwierigkeiten aufzeigen, wobei sich die Differenzierung unter Beachtung der Zielgruppe des PEAP (s. Kapitel 7) bewegt.

## **8.4 Forschungsverlauf und Durchführung**

Um den aktuellen Stand des Instrumentes zu kennen und in der Anwendung ein einheitliches Vorgehen zu gewährleisten, werden alle Teilnehmer anhand einer Home-Schulung nachgeschult. Dafür werden den Teilnehmern alle relevanten Unterlagen per Post zugeschickt. Diese bestehen aus der Beschreibung der Vorbereitungs- und Erfassungsphase des PEAP (aus: Kraus & Romein 2013), den aktuellen Formularen und Instrumenten und einem kurzen Video, in dem die Durchführung der strukturierten Befragung mit einem Kind exemplarisch dargestellt wird. Die PEAP-Workshops dürfen nur von geschulten Therapeuten durchgeführt werden. Da die Forscherin keine geschulte Therapeutin ist und zudem eine Distanz zwischen forschender und entwickelnder Person bestehen bleiben soll, wird das Video zu Schulungszwecken von einem Mitglied des PEAP-Teams gedreht. Die Unterlagen werden von allen Teilnehmern in ihrem privaten oder beruflichen Umfeld bis Anfang Januar 2014 angesehen. Im Anschluss folgt eine gemeinsame Skype-Konferenz, in der alle Teilnehmer Fragen bezüglich der Durchführung und Bewertung an eine zugeschaltete PEAP-Instruktorin stellen können. Diese Schulung ermöglicht es, dass alle Teilnehmer Zugang zum neusten Entwicklungsstand des Instrumentes haben.

Zwischen Februar und Mai 2014 werden das offene Interview und die strukturierte Befragung sowie zwei unstrukturierte Beobachtungssituationen (z. B. an- und ausziehen der Schuhe) von vier Ergotherapeuten per Video aufgenommen. Um die Befragungssituation so normal wie möglich zu gestalten und keine weitere Person im Raum zu benötigen, wird die Aufnahme des offenen Interviews und der standardisierten Befragung mit Hilfe eines Stativs realisiert. Zudem liegt von jedem Kind ein kompletter Datensatz vor, jeweils bestehend aus dokumentarischen Teilen, dem Stammdatenbogen, dem ausgefüllten Betätigungsprofil, der Selbsteinschätzung des Elternteils/der Eltern sowie der Einschätzung des Lehrers. Der Protokollbogen zur Bewertung der Betätigungsfelder ist bis auf die Punkte „Therapeutenbewertung“ und „Gesamtbewertung“ ausgefüllt. Die vollständigen Unterlagen werden bis Ende Mai 2014 an die Forscherin geschickt. Nach Sichtung des Materials wurde deutlich, dass eine Videoaufnahme aufgrund fehlender Teilbereiche (nur Aufnahme des Gespräches mit dem Kind) und mangelnder Einsatz aktueller Unterlagen nicht für die Studie verwendet werden konnte. Somit lagen nach Abschluss der Videophase drei vollständige PEAP-Datensätze vor, die im weiteren Verlauf bewertet werden.

Die Pilotin wird Anfang April im Umgang mit der *Think Aloud* Methode geschult. Anhand eines der vorliegenden PEAP-Assessments findet anschließend die Pilotierung des quantitativen und qualitativen Vorgehens statt. Daraus resultierende Veränderungsvorschläge werden in den folgenden Erhebungsprozess integriert.

Die Rater (n=13) werden Anfang Juni 2014 in individuellen Skype- bzw. Telefongesprächen in die *Think Aloud* Methode eingeführt. Mögliche weitere Fragen/Unsicherheiten bei der Bewertung des PEAP können in diesem Rahmen ebenfalls geklärt werden.

Alle von den Teilnehmern in dem individuellen Gespräch gestellten Fragen werden anonymisiert verschriftlicht und nach Beendigung der Skype-Gespräche zur Information an alle Teilnehmer gemeinsam mit den vollständigen PEAP-Datensätzen versendet. Nach Abschluss der Schulungen Mitte Juni 2014 bewerten die Rater bis Ende August die gesamten Betätigungsfelder auf der Grundlage der vorliegenden Informationen. Sie geben ihre Gesamtbewertung für die drei PEAP-Assessments bestehend aus jeweils 15 Betätigungsfeldern ab. Ihre Entscheidungsprozesse werden mit einem Tonband zeitgleich aufgezeichnet (*Think Aloud* Methode). Jede PEAP-Erfassungsphase wird an einem Stück, in ruhiger Umgebung bewertet. Die Rater dürfen die Videoaufnahme zur Durchführung der Bewertung anhalten; um ein möglichst alltagsnahes Szenario zu entwickeln, geben die Rater ihre Einstufung jedoch nach einmaligem Ansehen der Videoaufnahme ab. Eine Priorisierung der Betätigungsanliegen wird im Rahmen dieser Studie nicht durchgeführt. In der folgenden Tabelle 22 sind die einzelnen Schritte der Forschung chronologisch im Überblick zusammengefasst.



Tabelle 22: Zeitlicher Ablauf der Erhebung

Juni 2013 bis Oktober 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teilnehmerrekrutierung</li> <li>○ Abfrage der potentiellen Teilnehmer bzgl. Einschlusskriterien</li> </ul>
November 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Zuordnung der Teilnehmer zur jeweiligen Untersuchungsgruppe (Rater oder Interviewer)</li> <li>○ Informieren der Teilnehmer über das aktuelle Vorgehen</li> <li>○ Zusammenstellen der Unterlagen für die Home-Schulung</li> </ul>
Dezember 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Versenden der Unterlagen zur Home-Schulung</li> <li>○ Teilnehmer sichten die Unterlagen</li> </ul>
Januar	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Skype-Konferenz</li> </ul>
Februar–Mai 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Videoaufnahme offenes Interview und standardisierte Befragung + unstrukturierte Beobachtungssituation</li> <li>○ Zusammenstellen der kompletten Datensätze durch die Interviewer → Versenden an Forscherin</li> </ul>
April 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einführung der Pilotin in die <i>Think Aloud</i> Methode</li> <li>○ Pilotstudie; anschließend Anpassung der Forschungsinstrumente bzw. Anschreiben</li> </ul>
Juni–August 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Einführung <i>Think Aloud</i> Methode für die Teilnehmer (via Skype)</li> <li>○ Nachrekrutierung von Teilnehmern aufgrund hoher Abbruchquote</li> <li>○ Durchführung der Studie: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gesamtbewertung der 3 PEAP-Interviews durch die Rater</li> <li>2. Aufzeichnung der Gedankengänge mittels Tonband (<i>Think Aloud</i>)</li> <li>3. Nach Abschluss der jeweiligen Bewertung Beantwortung des Fragebogens</li> </ol> </li> </ul>
September 2015 – Juli 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Transkription der <i>verbal protocols</i> mit f4</li> <li>○ Datenauswertung: Berechnung der Interrater-Reliabilität mit Konkordanzkoeffizient von Kendall (SPSS); qualitative Datenauswertung mit der Interpretativen Phänomenologischen Analyse und der qualitativen Inhaltsanalyse</li> </ul>
August–Oktober 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Beschreibung der Ergebnisse in den einzelnen Erhebungsteilen</li> </ul>
November 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Triangulation und Interpretation der Daten</li> </ul>

Literaturrecherche und -analyse

Wie in Tabelle 22 ersichtlich, wird für die weitere qualitative Bewertung nach jeder kompletten Gesamtbewertung eine kurze teilstrukturierte Befragung in schriftlicher Form selbständig von dem Rater ausgefüllt und dem jeweiligen Interviewdatensatz beigelegt. Der Fragebogen bezieht sich auf die qualitative Bewertung des Gespräches und hat das Ziel, unterstützende und hemmende Aspekte bei der Bewertung des jeweiligen Interviews zu erheben. Um einen einheitlichen Ablauf während der Datengewinnung zu gewährleisten, bekommen die Rater ein Informationsschreiben (s. Anlage 14), in dem der vorgesehene Ablauf beschrieben wird. Abschließend zeigt Tabelle 23 den Forschungsverlauf im Überblick.

**Tabelle 23: Übersicht Forschungsverlauf**

Forschungsverlauf	Material & Anzahl	Forschungsinhalt
13 Ergotherapeuten (plus eine Pilotin) werden in der Durchführung des PEAP nachgeschult	14 Personen, die einen PEAP-Workshop besucht haben	Vorbereitung
3 Therapeuten sammeln die vollständigen Daten der PEAP-Erhebungsphase	3 vollständige Datensätze	Vorbereitung
10 Ergotherapeuten (plus eine Pilotin) bewerten auf Grundlage der Daten die Gesamtbewertung der Betätigungsfelder	PEAP-Datensätze 10 x 3 Gesamtbewertungen	Quantitativ: Interrater-Reliabilität Kendalls Konkordanzkoeffizient (KCC)
10 Ergotherapeuten (plus 1 Pilotin) begleiten die quantitative Entscheidungsfindung sprachlich	10 x 3 narrative Aufzeichnungen als <i>verbal protocols</i>	Qualitativ: <i>Think Aloud Methode</i> ; Interpretative Phänomenologische Analyse
10 Ergotherapeuten (plus eine Pilotin) beantworten zu jedem Interview die Fragen zu hilfreichen und hinderlichen Aspekten bei der Bewertungsfindung	Fragebogen mit offenen Fragen 10 x 3 Fragebögen	Qualitativ: Fragebogen zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse
Nach Auswertung der Interrater-Reliabilitätsstudie werden Betätigungsfelder mit hoher und niedriger Konkordanz auf gemeinsame/differierende Merkmale untersucht	4 x 3 narrative Aufzeichnungen der <i>verbal protocols</i> ausgewählter Teilnehmern	Qualitativ: inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse

In Tabelle 23 wird deutlich, dass verschiedene methodische Zugänge mit unterschiedlichen Auswertungsmethoden genutzt werden. Im Folgenden wird die Umsetzung des jeweiligen methodischen Vorgehens (Interrater-Reliabilitätsstudie, *Think Aloud* Methode, Fragebogen) beschrieben. Im Anschluss erfolgt eine Erläuterung der entsprechenden Auswertungsmethoden (Kendalls Konkordanzkoeffizient, Interpretative Phänomenologische Analyse, zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse und inhaltlich strukturierende, qualitative Inhaltsanalyse). Abschließend wird die Auswertung anhand der verschiedenen Methoden in Bezug auf die durchgeführte Erhebung, dargestellt.

## 8.5 Operationalisierung der Forschungsinstrumente

### 8.5.1 Umsetzung der Interrater-Reliabilitätsstudie

Die Umsetzung der Interrater-Reliabilitätsstudie orientiert sich an den *Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies* (GRRAS) (Kottner et al. 2011). So werden für das methodische Vorgehen die Beschreibung der Stichproben (s. Kapitel 10.1) und die Auswahl der Stichprobe (s. Kapitel 8.3) empfohlen. Zudem wird eine Darstellung des Erhebungsprozesses verlangt (Kottner et al. 2011). Der Erhebungsprozess gestaltet sich bei der durchgeführten Interrater-Reliabilitätsstudie folgendermaßen:

Das PEAP-Assessment wird als strukturiertes Vorgehen in den PEAP-Workshops gelehrt. Da alle Teilnehmer einen PEAP-Kurs absolviert haben, ist ihnen der Ablauf bekannt. Um neuste Veränderungen zu integrieren sowie einen einheitlichen Ablauf bei der Bewertung zu verbessern, werden die Teilnehmer durch eine Home-Schulung auf die Teilnahme vorbereitet. Dieses Vorgehen wird von verschiedenen Autoren als sinnvoll beschrieben (Morriss et al. 2008; Spirtos, O'Mahony, Malone 2011).

Die Rater bewerten nach Sichtung der kompletten Unterlagen eines Falles alle 15 Betätigungsfelder mit einem Wert zwischen I und IV. Hierfür nutzen sie die Bewertungsinstrumente, z. B. das Bewertungsraster des PEAP-Assessments. Alle drei Fälle werden von jedem Rater gesichtet und bewertet. Dieser Prozess erfolgt unabhängig und ohne Kontaktaufnahme zu anderen Ratern. Die Daten werden für jedes Betätigungsfeld in den Bewertungsbogen der 15 Betätigungsfelder Kind (s. Anlage 2) des jeweiligen Falles übertragen. Erst nachdem die Bewertung eines Falles abgeschlossen ist, erfolgt die Bewertung des nächsten Falles. Den Ratern wird keine Reihenfolge bei der Bewertung der Fälle vorgegeben.

Aufgrund der Rückmeldung der Pilotin werden formale Veränderungen aufgenommen (s. Anlage 10 & 11); inhaltlich wurden keine Veränderungsvorschläge angeregt.

Um die IRR besonders bei hoher bzw. niedriger Übereinstimmung qualitativ interpretieren zu können sowie die Entscheidungsfindung der Therapeuten zu verstehen, wird zusätzlich mit der *Think Aloud* Methode gearbeitet.

### 8.5.2 Umsetzung der Think Aloud Methode

Mit der oben beschriebenen *retrospective Think Aloud* Methode wird sowohl eine Beschreibung der Gedankengänge bei der Einstufung als auch eine Begründung bezüglich des Bewertungsverhaltens der einzelnen Teilnehmer angestrebt, da diese Methode reichhaltige qualitative Daten generiert und vertiefende Interpretationen der Gedanken und Entscheidungsprozesse während der Ausführung der Tätigkeit ermöglicht (Cotton & Gresty 2006; French, Schroder, Van Oort 2011). Methodisch lassen sich zwei verschiedene Strukturierungslevels bei der Datengewinnung beschreiben. Die hier gewählten, strukturierten *verbal protocols* geben dem Rater inhaltliche Aufforderungen oder Anweisungen bezüglich des lauten Denkens – bei dieser Erhebung in Form von zwei Aufforderungen. Dies hat den Vorteil, dass insgesamt weniger Daten anfallen. Jedoch besteht die Gefahr, dass durch die Strukturierung und den festgelegten Zeitpunkt wichtige Informationen nicht erfasst werden können (Konrad 2010).

Da *Think Aloud* eine für die Teilnehmer häufig ungewohnte Methode ist, werden diese nach der Skype-Schulung nochmals mit einer kurzen schriftlichen Einleitung auf die Methode vorbereitet. Diese besteht aus einer knappen Erläuterung mitsamt einem fachfremden Beispiel. Im Anschluss daran sind die beiden Aufforderungen ebenfalls mit kurzen exemplarischen Beschreibungen versehen (s. Anlage 15 & 16).

Die beiden Aufforderungen, die zum lauten Denken anregen, werden von den Teilnehmern bei jedem Betätigungsfeld beantwortet. Die erste Aufforderung „Beschreiben Sie bitte, an was sie während der Videosequenz bezüglich der Bewertung des entsprechenden Betätigungsfeldes gedacht haben“ bezieht sich auf die Beobachtungssituation des Raters. Es kann dadurch aufgedeckt werden, was dieser wahrnimmt und wie er die Situation erlebt. Die zweite Aufforderung „Beschreiben Sie bitte, an was sie während der Bewertung des Betätigungsfeldes gedacht haben“ fokussiert die Bewertungssituation. Hier können die Aspekte, die zur endgültigen Bewertung geführt haben, erfasst werden.

Es werden bewusst nur zwei Aufforderungen formuliert, die möglichst offen, aber trotzdem auf das Thema fokussiert sind. Die Offenheit der Anweisung soll dazu anregen, dass der Rater möglichst vielseitige Aspekte anspricht. Die Fokussierung bezieht sich auf das Bewertungsverhalten. Sie steht im Mittelpunkt, da ein Teilaspekt der Forschungsfrage 2 (SF 1) mithilfe dieser Daten beantwortet wird. Zwei Aufforderungen sind ausreichend, da sie offen gestellt werden und zum freien Erzählen

anregen sollen. Eine größere Menge an Aufforderungen könnte zur knappen Beantwortung dieser und evtl. zu Unlust der Teilnehmer führen. Die Pilotin bewertete die Durchführung der Methode als positiv. Es wurden daher inhaltlich keine Veränderungen vorgenommen; formale Anregungen wurden umgesetzt (s. Anlage 11).

Um gezielt gelingende wie hemmende Aspekte bei der Bewertung der PEAP-Assessments zu erfassen, wird ein Fragebogen konzipiert, der im Anschluss an die Gesamtbewertung eines jeden PEAP-Assessments vom Rater ausgefüllt wird.

### 8.5.3 Konzeption des Fragebogens

Ein Fragebogen sollte grundsätzlich aus einer Einleitung, einem Hauptteil und einem Abschluss bestehen. In der Einleitung ist es wichtig, dem Befragten deutlich zu machen, dass die Befragung nützlich und für den Erfolg der Studie relevant ist. Zudem muss zugesichert werden, dass alle gesammelten Daten vertraulich behandelt werden (Schnell et al. 2011). Der Hauptteil besteht aus den in thematischen Zusammenhang gebrachten Fragen. Porst (2011) empfiehlt hier, zu Beginn Eröffnungsfragen zu wählen, die auf das Thema hinführen und das Interesse wecken. Die wichtigsten Fragen sollten im zweiten Drittel des Fragebogens platziert sein. Alle Fragen sollten nach dem Trichterprinzip vom Allgemeinen zum Speziellen oder umgekehrt strukturiert werden. Ersteres wird verwendet, um Antwortschwierigkeiten zu reduzieren; Zweiteres wird benötigt, wenn von konkreten Beispielen zu allgemeinen Aussagen gearbeitet wird.

Es ist im Vorfeld notwendig, sich mit der Konzeption eines Fragebogens und den entsprechenden Fragen auseinanderzusetzen, um mögliche unbemerkte Verfälschungselemente wie die Selbstdarstellung, soziale Erwünschtheit und Antworttendenzen (Bortz & Döring 2006: 232) zu reduzieren. Bei der Operationalisierung der Fragen sind die folgenden allgemeinen Aspekte zu beachten (Atteslander 2010; Ballinger & Davey 1998; Polgar & Thomas 2000; Schnell et al. 2011):

- Eindeutige und klare Formulierung der Fragen
- Einfache, den Probanden entsprechende Wortwahl
- Kurze Fragen; Doppelfragen vermeiden
- Konkrete und direkte Formulierung der Tatbestände
- Keine hypothetischen oder Suggestivfragen
- Vermeidung von wertenden Begriffen
- Formale Balance gewährleisten, d. h. ein möglichst breites Antwortspektrum ermöglichen
- Kriterien der Gültigkeit beachten

Den Abschluss eines Fragebogens bilden die benötigten Sozialdaten wie Alter, Konfession, Schulbildung.

Die Fragen für den im Rahmen dieser Forschung eingesetzten Fragebogen wurden in Anlehnung an die oben beschriebenen Aspekte konzipiert. Da der Fragebogen für jedes Interview und im direkten Anschluss an die Bewertung ausgefüllt werden muss, ist es besonders wichtig, die Motivation der Teilnehmer hoch zu halten. Der Fragebogen wurde somit bewusst kurz gehalten. Neben einer Einstiegs- und einer Abschlussfrage sind die thematisch relevantesten Fragen in der Mitte platziert. Die Fragen sind im Aufbau vom Allgemeinen zum Speziellen konzipiert, da zu Beginn eine allgemeine Antwort wie „ja“ oder „nein“ gegeben werden soll, die im Weiteren spezifiziert wird. Die Antworten sind teilstrukturiert.

Als Einstiegsfrage wird die allgemeine, sich noch nicht direkt auf das strukturierte Interview beziehende Frage „Wie haben Sie das offene Interview im Hinblick auf Ihr Bewertungsverhalten wahrgenommen?“ gewählt. Diese Frage soll dazu beitragen, den Einfluss des freien Interviews auf das Bewertungsverhalten offenzulegen. Die Antwortmöglichkeiten „als hilfreich“ und „als einschränkend“ beziehen sich auf unterstützende und hinderliche Aspekte bei der Bewertung. Die Antwortmöglichkeit „neutral“ gibt dem Befragten die Möglichkeit, das offene Interview als keinen Einflussfaktor zu beurteilen. Da in den Fragen SF 2 und 3 nach den Aspekten der Beeinflussung gefragt wird, werden die Teilnehmer aufgefordert, ihre Antwort frei zu begründen.

Die Fragen 2 und 3 „Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen der Therapeutin, die Sie bei der Bewertungsfindung unterstützt haben?“ bzw. „Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen der Therapeutin, die Ihre Bewertungsfindung erschwert haben?“ beziehen sich auf das Verhalten des Interviewers. Ob Verhaltensweisen als beeinflussend wahrgenommen werden, lässt sich mit der Antwortmöglichkeit „ja“ und der entsprechenden Beschreibung darstellen. Wird das Verhalten des Therapeuten in Bezug auf die Bewertungsfindung als nicht beeinflussend eingeschätzt, so antwortet der Befragte mit „nein“. Eine weitere Begründung ist hier nicht notwendig.

Der Aufbau der Fragen 4 und 5 gleicht dem Aufbau von Frage 2 und 3, bezieht sich jedoch auf das Verhalten des Kindes: „Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen von Seiten des Kindes, die Ihre Bewertungsfindung unterstützt haben?“ bzw. „Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen des Kindes, die Ihre Bewertungsfindung erschwert haben?“ Mit den gleichen Antwortmöglichkeiten wie bei Frage 2 und 3 wird das Kind als möglicher Einflussfaktor untersucht.

Neben dem Therapeuten und dem Klienten gilt die Umwelt als Hauptmerkmal der Ergotherapie (s. Kapitel 4.3). Frage 6 „Gab es weitere Aspekte wie z. B. Interviewort, Gesprächsatmosphäre, die Ihre Bewertung beeinflusst haben?“ greift den Umweltaspekt auf. Da nach der allgemeinen Beeinflussung gefragt wird, muss der Teilnehmer diesen nach der Beschreibung als „förderlich“ oder „hinderlich“ klassifizieren. Konnte keine Beeinflussung wahrgenommen werden, so gibt der Befragte „nein“ an. Eine weitere Begründung ist nicht notwendig.

Den Abschluss bildet erneut eine allgemeine Frage, die sich auf die komplette Gesamtbewertung bezieht. Diese bringt die persönliche Einschätzung der Bewertungssituation in Relation zu den unterstützenden und hemmenden Faktoren und schließt die komplette Bewertungssituation des Falles ab. Die Antwort auf die Frage „Die Gesamtbewertung des Falles X fiel mir leicht/mittel/schwer/war nicht möglich“ zeigt auf, ob die Bewertung eines Falles im Gesamtbild schwieriger oder leichter als die anderen Fälle wahrgenommen wird und lässt gemeinsam mit den Antworten aus den vorherigen Frage Rückschlüsse auf das Warum zu.

Die allgemeinen Daten werden nicht im Rahmen des Fragebogens ermittelt, da relevante Fakten wie u. a. Berufserfahrung in der Pädiatrie bereits bei der Überprüfung der Einschlusskriterien erhoben werden und sich der Fragebogen speziell auf das jeweilige Interview bezieht. Inhaltlich wurden von der Pilotin keine Veränderungsvorschläge angeregt. Formale Veränderungen wurden aufgenommen (s. Anlage 11).

Die beschriebenen Forschungsinstrumente werden vor dem Hintergrund der allgemeinen Gütekriterien mit dem Ziel konzipiert, die Datenerhebung und im weiteren Verlauf die Datenanalyse möglichst fehlervermeidend durchzuführen.

## **8.6 Hinweise zu den Gütekriterien**

Bezugnehmend auf die Studie werden verschiedene Aspekte der Gütekriterien thematisiert. Eine unterteilte Betrachtung der Gütekriterien in die beiden Forschungsstränge erscheint sinnvoll, da sowohl bei quantitativem als auch qualitativem Vorgehen auf spezifische Gütekriterien geachtet werden soll (Brink 1993; Creswell 2014).

### **8.6.1 Validität in der quantitativen Erhebung**

Eine Untersuchung ist intern valide, wenn die Ergebnisse kausal eindeutig zu interpretieren sind, d. h. sie bezieht sich auf die Eindeutigkeit der Aussagen und reduziert sich mit der wachsenden Anzahl möglicher Alternativlösungen. Cook und Campell (1976 in Bortz & Döring 2006) fügen die statistische Validität hinzu, die sich auf eine zu kleine Stichprobe, ungenaue Messinstrumente oder auch auf Fehler bei der Anwendung statistischer Verfahren usw. bezieht.

Im Rahmen der hier durchgeführten Studie wird zur Reduzierung von Anwendungsfehlern bei statistischen Verfahren ein Statistiker als externer Berater und Begleiter hinzugezogen und die Messinstrumente werden durch eine Pilotin verifiziert. Die Stichprobe ist mit drei Videos und zehn Ratern (Gesamtsichtprobe  $n = 13$ ) klein; setzt man sie in Relations zur Gesamtpopulation ( $n = 152$ ), zeigt sich, dass 9 % der geschulten PEAP-Therapeuten in Deutschland teilnehmen.

Verschiedene Punkte werden von Bortz und Döring (2006: 502ff.) und Creswell (2014: 174ff.) als Gefährdung der internen Validität beschrieben. Im Folgenden wird nur auf jene Aspekte eingegangen, die für die durchgeführte Forschung relevant erscheinen.

Es sind mögliche Reifungsprozesse der Rater bei der Bewertung der PEAP-Assessments nicht auszuschließen, wodurch offenbleibt, ob z. B. der eher ungeschulte Rater aufgrund von möglichen Unsicherheiten zu Beginn in seinem Bewertungsverhalten variiert. Hierfür ist es von Vorteil, dass die quantitativen Daten mit qualitativen Ergebnissen unterfüttert werden. Da bei der Durchführung keine Reihenfolge vorgegeben wird, können die Rater frei entscheiden, welches PEAP-Assessment sie als erstes bewerten. Diese Option verringert möglicherweise, dass sich ein Reifungsprozess auf den ersten Fall konzentriert.

Die Abbruchquote der Teilnehmer kann sich durch den langen Forschungsprozess erhöhen. Hierfür werden die Teilnehmer kontinuierlich per Mail mit Informationen zum Forschungsstand versorgt. Sie erhalten einen Zeitplan, um im Vorfeld über die lange Forschungszeit informiert zu sein.

Eine Untersuchung gilt als extern valide, wenn die Ergebnisse über die besonderen Bedingungen der Untersuchungssituation und Person hinausgehen und generalisierbar sind. Sie sinkt mit wachsender unnatürlicher Untersuchungssituation oder mit abnehmender Repräsentativität der Stichprobe. (Bortz & Döring 2006: 53) Um die Generalisierbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, wurden die Videos in der natürlichen Umgebung aufgenommen, d. h. im Therapiesetting. Die quantitative Bewertung der Videos erfolgte im beruflichen oder privaten Umfeld, was ebenfalls dem normalen Berufsalltag von Ergotherapeuten entspricht. Während der Bewertung werden die Videos von den Ratern nur einmal angesehen, da in der Regel die Bewertung unter normalen Bedingungen nicht mehrfach durchgesehen werden können.

Bei *population studies* ist die Validität besonders hoch, wenn die Teilnehmer randomisiert ausgewählt werden und die Rücklaufquote hoch ist (Peat 2002). Die Gruppe der ehemaligen Teilnehmer eines PEAP-Workshops wurden gleichermaßen schriftlich kontaktiert. Es fand keine Vorauswahl durch die Forscherin statt. Ebenso zeigen die teilnehmenden Kinder ein durchschnittliches Abbild der in der Ergotherapie vorkommenden Klientel (s. Kapitel 312). Die Rücklaufquote liegt bei den abschließend teilnahmebereiten Probanden bei 100 %.



### 8.6.2 Reliabilität in der quantitativen Erhebung

Die Reliabilität bezieht sich auf die Güte einer Studie zu verschiedenen Zeitpunkten (Test-Retest Reliabilität), unabhängig vom Forschenden (Interrater-Reliabilität) die gleichen Ergebnisse zu erhalten. Hierfür muss das Forschungsmaterial so konzipiert sein, dass Messfehler vermieden werden (Brink 1993). Die Erhebungsinstrumente, mit denen die quantitativen Daten erhoben werden, sind das PEAP-Assessment und der teilstrukturierte Fragebogen. Das PEAP-Assessment ist von einer Projektgruppe entwickelt, die Reliabilität wird durch die vorliegende Studie erhoben. Der Fragebogen wird von einer Pilotin im Vorfeld getestet und im Anschluss evaluiert, jedoch handelt es sich nicht um ein standardisiertes Messinstrument. Die Instrumente, die Durchführungsschritte der Erhebung und die Datenauswertung werden detailliert beschrieben, sodass eine möglichst hohe Replizierbarkeit der Ergebnisse unter gleichen Bedingungen angestrebt wird (Paier 2010).

### 8.6.3 Validität und Reliabilität in der qualitativen Erhebung

Ob und inwiefern es zielführend ist, die Gütekriterien der quantitativen Forschung auf die qualitative zu übertragen, wird von Behrens (vgl. 2010: 417ff.) ausführlich thematisiert und an dieser Stelle nicht erneut aufgegriffen. Die Autorin schließt sich der Erkenntnis an, dass qualitative Forschung ohne Bewertungskriterien nicht bestehen kann, da dies „[...] eine Gefahr der Beliebigkeit und Willkürlichkeit qualitativer Forschung in sich birgt und die häufig angeführte Kritik der quantitativen Forschung unterstreichen würde“ (Behrens 2010: 419). Um den Besonderheiten qualitativer Forschung gerecht zu werden, lassen sich die Qualitätskriterien quantitativer Forschung nicht 1:1 übertragen (Kuckartz 2014; Seale 1999; Yardley 2008). Von daher ist es notwendig, eigene Gütekriterien der qualitativen Forschung zu formulieren (Steinke 2004).

Die allgemeinen Gütekriterien der qualitativen Forschung werden nach Mayring (2002) in sechs Aspekte unterteilt: Die „Verfahrensdokumentation“ (ebd.) bezieht sich darauf, dass der komplette Forschungsverlauf möglichst genau dokumentiert wird, sodass alle Schritte der Forschung für Außenstehende nachvollziehbar sind. Transkriptionsregeln werden beschrieben und es wird erläutert, warum diese in der entsprechenden Form genutzt werden. Zudem sollte sich der Forscher Gedanken machen, welche Rolle er selbst im Feld einnimmt. Die „argumentative Interpretationsabsicherung“ (ebd.) zielt darauf ab, Interpretationen mit Argumenten zu untermauern sowie das Sampling möglichst kontrastreich zu gestalten. Die „Regelgeleitetheit“ (ebd.) impliziert eine offene Herangehensweise, die trotzdem ein strukturiertes Vorgehen erkennbar macht. Unter der „Nähe zum Gegenstand“ (ebd.) wird der Aspekt verstanden, dass die Forschung mit ihrem Thema möglichst nah an der Alltagswelt der Subjekte anknüpft und ihre Methoden daran ausrichtet. Die „kommunikative Validierung“ (ebd.) zielt darauf ab, die Forschungsergebnisse den Teilnehmern vorzulegen, um sich abzusichern, dass die Auswertung mit den Intentionen der Teilnehmer

übereinstimmen. Jedoch ist hier ist die Gefahr der sozialen Erwünschtheit besonders groß. Die „Triangulation“ (ebd.) birgt diverse Möglichkeiten. Es können verschiedene Lösungswege entworfen und des Weiteren, um die Forschungsfrage zu beantworten, durch Methodentriangulation unterschiedliche methodische Zugänge gewählt sowie eine Datentriangulation vorgenommen werden. Diese allgemein beschriebenen Gütekriterien werden im Folgenden in Bezug auf die vorgenommene Erhebung erläutert.

#### 8.6.3.1 Validität

Qualitative Forschung erhebt nicht den Anspruch intersubjektiver Überprüfbarkeit, sondern zielt auf die Herstellung einer intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses, auf dessen Grundlage eine Bewertung der Ergebnisse erfolgen kann, ab (Flick 2012; Steinke 2004). Qualitative Validität bedeutet, „that the researcher checks for the accuracy of the findings by employing certain procedures“ (Creswell 2014: 201).

Um dieses Vorgehen zu gewährleisten, gibt es verschiedene Strategien. Um die Daten von Seiten der Teilnehmer überprüfen zu lassen, kann mit Hilfe der kommunikativen Validierung bzw. des *member checks* eine inhaltliche Zustimmung der befragten Person erreicht werden (Flick 2010). *Member checking* dient dazu, herauszufinden, ob die Daten mit der Erfahrung der Teilnehmer kongruent sind (Curtin & Fossey 2007). Creswell (2012) rät davon ab, den Teilnehmern die vollständigen Datensätze zukommen zu lassen. Dass wäre in dieser Forschung sehr viel Material, das vermutlich von den Teilnehmern nicht gelesen wird. In der dargestellten Erhebung erhalten die Rater die vollständigen Datensätze, jedoch in geglätteter Version, sodass das Lesen der Transkripte vereinfacht wird.

Probleme der Validität und Reliabilität, die beim Einsatz der *Think Aloud* Methode in der quantitativen Forschung beschrieben werden, z. B. fehlende Neutralität der Untersuchungsteilnehmer, werden in der qualitativen Forschung als Informationsquelle und nicht als Störfaktor angesehen. Reichhaltigkeit, Offenheit, Expertise und Betroffenheit werden in der qualitativen Forschung insgesamt dem quantitativen Streben nach Repräsentativität und Standardisierung vorgezogen (Konrad 2010). Zudem stellen Guan et al. (2006: 1253) im Rahmen einer Studie fest, dass „[...] RTA to be valid and reliable [is]: the method provides a valid account of what people attended to in completing tasks, it has a low risk of introducing fabrications, and its validity is unaffected by task complexity“.

Die Validität in Bezug auf den Fragebogen lässt sich durch die von Atteslander (2010: 188ff.) beschriebenen Aspekte gewährleisten.

- Je weiter das befragte Ereignis zurückliegt, desto ungenauer werden die Antworten (ebd.): Aufgrund dessen werden die Teilnehmer gebeten, den Fragebogen direkt nach der Gesamtbewertung eines jeden Falles auszufüllen.
- Gesteigertes Interesse der Teilnehmer am Thema führt zu gültigeren und zuverlässigeren Antworten (ebd.): Die Teilnehmer partizipieren freiwillig an der Studie, sie absolvieren vorher einen PEAP-Workshop und haben nochmals an einer Refresher-Schulung teilgenommen. Dies lässt darauf schließen, dass die Teilnehmer an der Weiterentwicklung des PEAP interessiert sind.
- Zudem handelt es sich weder um ein „bedrohliches Ereignis“ (ebd.), dass häufig verdrängt wird, noch um „die Erhebung sozial missbilligender Sachverhalte“ (ebd.), die zu einem Verzerrungseffekt führen können.

Der Fragebogen als auch die Impulsfragen der *Think Aloud* Methode werden jeweils von einer Pilotin vor Durchführung der Erhebung am Datenmaterial angewandt. Diese Person kann im vorliegenden Fall als Expertin verstanden werden, da ihr berufliches Aufgabengebiet in der Bewertung qualitativer Forschungsinstrumente liegt.

Der Einsatz verschiedener Instrumente führt zur oben beschriebenen methodischen Triangulation (Brink 1993). Diese Form der Triangulation wird im Rahmen der Forschung nicht gewählt, um die Daten gegenseitig zu stützen, sondern zur Ergänzung. Unterschiedliche Zugänge bilden ein ganzheitliches und somit besseres Verständnis des untersuchten Gegenstandes ab, was zu einer gesteigerten Gültigkeit der Daten führt (Creswell 2014; Curtin & Fossey 2007). Die Übertragbarkeit der Daten ist ein Gütekriterium der quantitativen Forschung, hat jedoch auch bei der qualitativen Forschung ihre Relevanz. Durch genaue Beschreibung der Stichprobe und des Forschungsprozesses muss für Dritte der Übertrag auf eigene Erfahrungen oder andere Forschungsergebnisse möglich sein. (Brink 1993; Curtin & Fossey 2007) Dieser Forderung wird in Kapitel 8.4 Rechnung getragen. Als weiterer Aspekt fließt die Reflexivität der Forschenden in die Validität der Erhebung mit ein. Diese impliziert, dass der Forschende ein aktiver Teilnehmer im Forschungsprozess ist, der Einfluss auf das Engagement und die Entwicklung der Forschung hat (Brink 1993). Wie in jeder Studie bringt auch hier die Forscherin ihre eigenen Vorstellungen, Erwartungen und Wertvorstellungen mit, die durch reflexiven Umgang offengelegt werden und dadurch die Ergebnisse der Teilnehmer möglichst wenig beeinflussen sollen (Curtin & Fossey 2007). „Good qualitative research contains comments by the researcher about how their interpretation of the findings is shaped by their background, such as their gender, culture, history and socioeconomic origin“ (Creswell 2014). Bei der Forscherin liegt aufgrund

der relativ kleinen ergotherapeutischen Population in Deutschland und der noch überschaubareren Personenzahl, die sich mit klientenzentrierten Assessments auseinandersetzt, ein entfernter beruflicher Bekanntheitsgrad mit drei der Rater vor. Diese Tatsache kann die Interpretation der Daten bei den entsprechenden Personen beeinflussen. Um dies zu reduzieren, wurde die Transkription dieser neun Audiodateien (drei Teilnehmer, drei Fälle) an externe Personen abgegeben. Des Weiteren hat die Forscherin vor der Auseinandersetzung mit den Daten ihre Beziehung zu den Teilnehmern schriftlich formuliert und ihre persönlichen Einstellungen zu den Personen für Dritte nicht einsehbar niedergeschrieben.

### 8.6.3.2 Reliabilität

Um die Reliabilität der Daten und deren Interpretationen zu erhöhen, bietet die qualitative Forschung verschiedene Möglichkeiten. So kann die Reliabilität z. B. bei Interviewdaten durch die Interviewschulung oder Leitfäden und Fragebögen durch Probedurchläufe verbessert werden. (Flick 2012) Im Rahmen der Erhebung wird sowohl der Leitfaden für die *Think Aloud* Methode als auch der Fragebogen durch die Pilotstudie überprüft und ggf. abgeändert. Die Teilnehmer erhalten eine einheitliche Schulung per Skype zur *Think Aloud* Methode. Die Auswertung der vollständigen Daten erfolgt nur durch die Forscherin, sodass hier ein einheitliches Vorgehen gewährleistet werden kann.

Brink (1993) und Gibbs (2007 in Creswell 2014: 203) schlagen vor, die Transkripte zu überprüfen, um mögliche inhaltliche Fehler zu vermeiden. Hierzu werden die von der Forscherin transkribierten Texte an eine dritte Person, die im Vorfeld eine Schweigepflichtserklärung unterzeichnet hat, abgegeben und die fremd transkribierten Texte durch die Forscherin inhaltlich gegengelesen sowie mit der Audioaufnahme abgeglichen.

Neben dem Einhalten der Gütekriterien geben forschungsethische Aspekte mit ihren Auswirkungen auf den empirischen Prozess richtungsweisende Handlungsempfehlungen vor. Da es sich hier um eine empirische Erhebung mit verschiedenen Teilnehmergruppen handelt, bei der Kinder im frühen Grundschulalter eine Untersuchungsgruppe darstellen, ist der Blick auf die moralischen Werte, die mit dem Schutz der betroffenen Gruppen einhergehen, von Bedeutung. Jedoch werden auch die epistemischen Werte, bezogen auf die Qualität der Arbeit und die sozialen Werte, die z. B. eine Beeinflussung der Dateninterpretation durch Vorurteile beinhalten, im folgenden Kapitel bedacht.

## 8.7 Darstellung forschungsethischer Aspekte

Ethischen Aspekten innerhalb des Forschungsprozesses wird immer mehr Aufmerksamkeit geschenkt (Creswell 2014). Der Forschungsprozess wird von unterschiedlichen ethischen Fragestellungen begleitet, die sich jeweils auf den Zeitpunkt vor Beginn der Studie, zu ihrem Beginn, während der Datenerhebung, während der Datenanalyse sowie zur Datenveröffentlichung bezieht (ebd.).

Vor Beginn der Studie empfiehlt Creswell (2014) die Auseinandersetzung mit berufsbezogenen Ethik-Codes sowie die Einreichung des geplanten Vorgehens bei einer Ethikkommission. Da es an der Humanwissenschaftlichen Fakultät der Universität Köln zum Zeitpunkt der empirischen Erhebung keine Ethikkommission gibt sowie Anfragen bei externen Ethikkommissionen aufgrund mangelnder Zuständigkeit abgelehnt wurden, konnte dieses Forschungsprojekt nicht durch eine solche bewertet werden. Es orientiert sich jedoch an den unten beschriebenen Standards.

Auf der Grundlage des *Code of Ethics and Standards of Practice* des *Council of Occupational Therapists for the European Countries* (COTEC 1996) sowie des *Codes of Ethics* der *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT 2005) veröffentlichte der Deutsche Verband der Ergotherapeuten (DVE 2005) den „Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie“. Dieser beschreibt in Bezug auf die Forschung die in Tabelle 24 (DVE 2005: 12) dargestellten Punkte, wobei für Forschungsarbeiten die Punkte 1–4 relevant sind.

**Tabelle 24:** Ethische Standards bei Forschung und Entwicklung

1. Verwenden Ergotherapeuten Texte oder Ideen aus bereits veröffentlichten Arbeiten, weisen sie darauf hin.
2. Werden schriftliche Unterlagen oder anderes Material/Bildmaterial des Klienten außerhalb des therapeutischen Kontexts eingesetzt, schützen Ergotherapeuten die Privatsphäre ihrer Klienten.
3. Bei der Durchführung von Forschungsarbeiten achten und beachten Ergotherapeuten die damit verbundenen ethischen Grundsätze/Auswirkungen.
4. Bei der Durchführung von Forschungsarbeiten werden die Bestimmungen der Gesundheitsgesetze und/oder des Arbeitgebers beachtet.
5. Die praktische Arbeit von Ergotherapeuten sollte auf bestehender, anerkannter Forschung basieren.
6. Ergotherapeuten haben die Pflicht, berufsspezifisches Wissen regelmäßig aufzufrischen und zu aktualisieren und aktuelle Gesetzesthemen, die Auswirkungen auf die Berufspraxis haben, zu verfolgen.

Diese allgemeine Beschreibung wurde von Reichel et al. (2009a;b) mit internationalen Standards wie der Deklaration von Helsinki, die 1964 veröffentlicht wurde und nach mehrfacher Revidierung in der aktuellen Version von 2013 (WMA, 2013) vorliegt, verglichen. Die Deklaration von Helsinki bezieht sich primär auf die Forschung im medizinischen Bereich, in Artikel 2 „[...] wird dafür geworben, dass sich auch andere an gesundheitsbezogener Forschung beteiligten Berufsgruppen an

den Normen und Regelungen der Deklaration orientieren“ (Neitzke 2013: 15). Daraus wurden folgende Verpflichtungen der Forschenden gegenüber dem Forschungsteilnehmer formuliert (Reichel et al. 2009b). Der Aspekt der „Autonomie“ (ebd.: 99) zielt darauf ab, den Teilnehmer vor der Datenerhebung über Risiken und Nutzen zu informieren, aber keinen Druck auf ihn auszuüben und dadurch eine freiwillige Teilnahme zu gewährleisten. Somit müssen die Teilnehmer, d. h. die Therapeuten und die Familien, angemessen über das Forschungsprojekt aufgeklärt werden. Innerhalb der hier durchgeführten empirischen Erhebung erfolgt dieser Aspekt, indem die Therapeuten anhand regelmäßiger Mails über das Projekt informiert werden und somit ihre Klienten persönlich unterrichten können. Zudem werden die Eltern und Lehrer von der Forschenden in einem verständlichen Anschreiben (s. Anlage 13) in Kenntnis gesetzt.

Da sich ergotherapeutische Forschung überwiegend auf den Menschen fokussiert, sind hier besonders die ethisch-moralischen Fragestellungen wie z. B. die Zustimmung der Probanden oder die Datenerhebung in der Therapie relevant. Besonders wichtig werden diese, wenn es sich um minderjährige Forschungsteilnehmer, sogenannte „vulnerable Personen“, handelt (Reichel, Marotzki, Schiller 2009a: 57). Die forschungsethischen Standards müssen deshalb bei dieser Studie besonders im Hinblick auf die Videoaufnahmen minderjähriger Personen, der Eltern und der Therapeutinnen während und nach der Datenerhebung gewahrt werden. Weder die Klarnamen der Kinder, der Eltern noch der Therapeutinnen werden an die Rater weitergegeben. Alle Teilnehmer geben ihr schriftliches Einverständnis, dass sie die Daten nicht an Dritte weiterreichen und die Videoaufnahmen nach Beendigung des Forschungsvorhabens an die Forscherin zurücksenden. Des Weiteren müssen alle schriftlich gewonnenen Daten von Eltern, Lehrern und Therapeuten den forschungsethischen Standards entsprechen (Anonymisierung, Freiwilligkeit; Verständlichkeit).

Das Prinzip der „Wohltätigkeit“ (*beneficence*) impliziert, das Wohl und den Nutzen für den Forschungsteilnehmer bei dessen Partizipation zu gewährleisten (Reichel et al. 2009a). Durch die Teilnahme am Forschungsprojekt haben sowohl Therapeuten als auch Klienten unterschiedlichen Nutzen. Für die Therapeuten wird ein reliables Assessment entwickelt, das sie im Weiteren zur professionellen Befunderhebung einsetzen können. Die Klienten können einen Gewinn daraus ziehen, da ihre Befundung wahrscheinlich besonders gründlich vorgenommen wird und der Therapeut sich intensiv mit dem Umfeld des Klienten auseinandersetzen wird, was der Behandlung zugutekommt. Dieser Aspekt steht im Widerspruch zu dem von Beauchamps und Childress (2008) formulierten ethisch-moralischen Prinzip der Gleichheit und Gerechtigkeit, da sich der Therapeut zeitgleich nicht so intensiv um alle anderen Kinder in der Therapie kümmern kann und womöglich aufgrund des zeitlichen Mehraufwandes temporär weniger Kapazitäten für andere Kinder aufbringt.

Jedoch kann durch die Forschung ein Gruppennutzen (Neitzke 2013) festgestellt werden. Ein standardisiertes Assessment führt zu einer gezielteren ergotherapeutischen Behandlung, von der andere Kinder in der gleichen Lebenssituation wie die Probanden profitieren.

Bei der „Schadensvermeidung“ (*nonmaleficence*) ist darauf zu achten, dass dem Teilnehmer durch die Forschung kein unnötiger Schaden zugefügt wird (Beauchamps & Childress 2008). „Das Prinzip beinhaltet die Verschwiegenheitsverpflichtung und die Verpflichtung Daten zu schützen“ (Reichel et al. 2009a: 99). Dies wird den Teilnehmern schriftlich zugesagt (s. Anlage 12, 13 & 14). Die Daten werden nur für Forschungszwecke verwendet und während des Prozesses anonymisiert. Anonymität wird auch von Goodwin (2006) als wichtiger ethischer Aspekt beschrieben. So werden bei der Auswertung die Namen der Therapeuten und Kinder verändert. Es werden keine genaueren Angaben über geografische Standorte gemacht, weder der Videofilmer noch der Rater. Die an alle Teilnehmer versendeten E-Mails werden in BCC verschickt, sodass innerhalb der Gruppe der Teilnehmern Anonymität gewährleistet ist. Die Privatsphäre der Teilnehmer wird durch die Verpflichtung zur Verschwiegenheit gegenüber Dritten gewährt. Gerade für die Aufnahme von Videos muss besonders auf den Datenschutz geachtet werden (Baillard 2015), da eine Anonymisierung der Klienten und Therapeuten aufgrund des Forschungsdesigns nicht möglich ist. Die Filme werden von der Forscherin auf einen Datenträger (CD-ROM) kopiert und mit einem Kopierschutz versehen an die Rater weitergeleitet. Diese verpflichten sich, den Datenträger nach Abschluss der Erhebung mit den Unterlagen an die Autorin zurückzusenden. Die CD-ROMs werden im Anschluss vernichtet; die Originalaufnahmen bleiben auf externen Datenträgern gespeichert und werden für Dritte unzugänglich aufzubewahren.

Zudem bezieht sich dieser Punkt auf die Forderung, dass Forschung besonders mit vulnerablen Personen nur dann durchgeführt werden darf, wenn die Ergebnisse nicht auf anderen Wegen generiert werden können. Unter vulnerablen Teilnehmern versteht man Personen, die aufgrund ihres Alters oder ihrer Einschränkungen keine „informierte Zustimmung“ geben können (Schnell & Heinritz 2006: 43). „Informed consent, in its fullest interpretation, means openness and disclosure with participants, and models of research that are collaborative“ (Fluehr-Lobban 1998 in Goodwin 2006: 59). Kinder zählen zur Gruppe der vulnerablen Personen, da sie in Bezug auf die informierte Zustimmung als inkompetent gelten (Patry 2002), deshalb wird ihnen besonderer Schutz zugestanden (vgl. Artikel 9 Deklaration von Helsinki). Die mit dieser Studie gewonnenen Daten werden ausschließlich durch die Teilnahme von Kindern im Alter zwischen 5;0 bis 6;11 Jahren gewährleistet, da das Assessment für diese Altersgruppe validiert werden soll. Zudem ist es zwangsläufig notwendig, dass die Forschung mit Kindern in ergotherapeutische Behandlung durchgeführt wird, da das Instrument für diese Klientengruppe konzipiert wurde und für diese

Klientel standardisiert wird. So obliegt es der Verantwortung der Forschenden, Eltern und Therapeuten angemessen aufzuklären. Da die Forscherin nicht in direktem Kontakt zu den Familien steht und die behandelnden Therapeuten die Kinder besser einschätzen können, werden den Therapeuten Informationen an die Hand gegeben, um das Forschungsvorhaben kindgerecht zu erläutern. Somit können sie ihren individuellen Fähigkeiten entsprechend an Entscheidungen teilhaben (Heinrichs 2013). Die Kinder geben eine verbale informierte Zustimmung, während die Eltern eine stellvertretende informierte Zustimmung für ihr Kind und für sich selbst unterschreiben. Ebenso werden die Therapeuten nach ausführlicher Aufklärung gebeten, eine informierte Einwilligung zur Teilnahme zu unterzeichnen.

Die „Freiwilligkeit“ der Forschungsteilnehmer und somit der Schutz des Selbstbestimmungsrechts (Heinrichs 2013) bzw. die „Autonomie“ (Beauchamps & Childress 2008) müssen gewährleistet sein. Potentielle Forschungsteilnehmer sind gleichzeitig auch Patienten, die unter Umständen in einer gewissen Abhängigkeit zum Therapeuten stehen, oder Therapeuten, die eine Verpflichtung der Forschenden gegenüber empfinden. Somit ist es nicht nur entscheidend, dass alle Teilnehmer ohne Bedenken ihre Teilnahme an der Erhebung verweigern und sich bei gegebener Zustimmung auch während des Forschungsprozesses frei fühlen bzw. jederzeit die Möglichkeit haben, die Teilnahme abubrechen, ohne negative Konsequenzen zu befürchten. Bei dieser Studie wird dies den Teilnehmern schriftlich wie auch mündlich dargelegt. Zudem erhalten die Teilnehmer keine finanzielle Aufwandsentschädigung oder anderweitige Geschenke, sodass eine Zustimmung durch positive Anreize ausgeschlossen werden kann.

Während der Datenanalyse soll „Einseitigkeit vermieden“ werden. Der Forscher ist dazu verpflichtet, die Daten aus verschiedenen Perspektiven zu betrachten und widersprüchliche Aussagen offenzulegen und nicht nur positive Ergebnisse darzustellen. Für die Datenveröffentlichung (in Form einer Forschungsarbeit oder einer Artikel- bzw. Buchveröffentlichung) ist es ebenfalls relevant, die Anonymität der Forschungsteilnehmer zu gewährleisten. Beschreibungen, die Rückschlüsse auf eine Einzelperson ermöglichen, müssen so verändert werden, dass dies nicht mehr möglich ist (Creswell 2014). Respektvoller Umgang mit dem Gut Dritter bezieht sich auf vollständige, einheitliche und korrekte Quellenangaben. Nach APA (2010) ist der Forscher verpflichtet, die Daten über einen Zeitraum von fünf Jahren für Dritte unzugänglich aufzubewahren.



## 8.8 Zusammenfassung

Im Kapitel 8 wird das methodische Vorgehen in Bezug auf die Forschungsfragen dargestellt und erläutert. Da es sich um Fragestellungen handelt, die sowohl ein quantitatives als auch qualitatives Vorgehen implizieren, wird die *mixed-method* Studie und hier speziell das *convergent parallel design* (Creswell & Plano Clark 2011) als geeignetes Forschungsdesign beschrieben aufgrund des unabhängigen Interaktionslevels zwischen quantitativer und qualitativer Erhebung, der Gleichgewichtung beider Forschungsstränge, des zeitgleichen Datenerhebens sowie der späten Mischung der Daten bei der Interpretation.

Insgesamt werden drei Forschungsfragen (F 1; F 2; F 3) formuliert. Die Forschungsfrage F 1 (quantitativ) bezieht sich auf die Interrater-Reliabilität bei der Gesamtbewertung des PEAP-Assessments für die Altersgruppe 5;0–6;11 Jahre durch den Therapeuten. Forschungsfrage F 2 (qualitativ) betrachtet anhand der drei spezifischen Fragestellungen (SF 1; SF 2; SF 3) das Bewertungsverhalten der Therapeuten. Erst bei der abschließenden Interpretation der Daten kommt es zu einer Verknüpfung und zur Beantwortung der Forschungsfrage F 3 (*mixed-methods question*), bei der die Betätigungsfelder mit hoher bzw. niedriger Konkordanz genauer betrachtet werden, da genau diese Erklärungen für gelungene bzw. misslungene Übereinstimmung geben können.

Die drei Forschungsfragen werden mit unterschiedlichen Methoden (Interrater-Reliabilitätsstudie, *Think Aloud* Methode und Fragebogen) gewonnen (s. Abb. 18). Die Daten werden anhand der ebenfalls in Kapitel 8 beschriebenen Stichprobe generiert. Diese setzt sich aus den beiden übergeordneten Untersuchungsgruppen „Therapeuten“ und „Kinder“ zusammen. An der Studie nehmen 13 Ergotherapeuten (plus eine Pilotin) als Rater teil. Sie bewerten drei aufgezeichnete PEAP-Assessments. Eine weitere Gruppe, die Videoteilnehmer, nehmen die Durchführung von PEAP-Assessments mit den Kindern und Bezugspersonen im Vorfeld auf. Somit partizipieren drei Kinder/Eltern und drei weitere Ergotherapeuten.

Die im folgenden Kapitel erläuterte Auswertung der Daten erfolgt getrennt, d. h. es wird zuerst das Auswertungsverfahren für die quantitative Auswertung der Interrater-Reliabilitätsstudie dargestellt, der das qualitative Auswertungsverfahren der *verbal protocols* und die quantitativ/qualitative Auswertung des Fragebogens folgen. Die Darstellung der Auswertung erfolgt ebenfalls separat für die jeweiligen Forschungsstränge. Die Interrater-Reliabilität wird über Kendalls Konkordanzkoeffizienten (KCC) (Gwet 2012; Feger 1983) errechnet. Die *verbal protocols* werde mit der Interpretativen Phänomenologischen Analyse (IPA) (Smith 1996; 2011) ausgewertet. Die quantitativen Ergebnisse des Fragebogens werden mit Excel (Version 2010), die qualitativen Ergebnisse mit Hilfe der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002) betrachtet. Die aus den Ergebnissen

der Interrater-Reliabilitätsstudie resultierende Forschungsfrage F 3 wird mit Datenmaterial aus den *verbal protocols* mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014; Schreier 2012) ausgewertet.

## 9 Auswertung

---

### 9.1 Auswertungsverfahren

#### 9.1.1 Auswertung der Interrater-Reliabilitätsstudie

Das strukturierte PEAP-Interview misst die Einschätzung alltagsrelevanter Betätigungsfelder auf einer Ordinalskala von 1 bis 10. Bei nominalskalierten Bewertungen wird eine Kategorisierung von Objekten wie z. B. der Nationalität vorgenommen (Bortz & Schuster 2010). Ordinale Skalenniveaus, die in Bezug auf nominale Messungen eine höhere Stufe darstellen, beziehen sich auf verschieden abgestufte Ausprägungen eines Objekts bzw. Phänomens (Bortz & Schuster 2010; Gwet 2012). „Eine Ordinalskala ordnet den Objekten eines empirischen Relativs Zahlen zu, die so geartet sind, dass von jeweils zwei Objekten das Objekt mit der größeren Merkmalsausprägung die größere Zahl erhält“ (Bortz & Schuster 2010: 18). Somit werden bei Ordinalskalen Merkmalsausprägungen in eine Rangordnung gebracht (Paier 2010), jedoch mit willkürlichen Abständen zwischen den numerischen Skalenwerten (Bortz & Schuster 2010).

Die Skalierung des PEAP ermöglicht eine Einstufung der Betätigungsausführung in I „kein Problem“, II „leichtes Problem“, III „deutliches Problem“ oder IV „massives Problem“ sowie zur Differenzierung der Einstufung die Bewertung in den Zwischenkategorien I- bis IV+. Die PEAP-Skalierung zeigt insgesamt zehn Abstufungen bei den Bewertungsmöglichkeiten auf, deren Abstände jedoch nicht konstant sind. Sie lässt sich somit dem ordinalen Skalenniveau zuordnen.

Nach Hallgren (2012) sind die beiden geläufigsten Möglichkeiten der statistischen Auswertung der Daten zur Berechnung der Interrater-Reliabilität (IRR) der *intraclass correlation coefficient* (ICC) (Shrout & Fleiss 1979, McGraw & Wong 1996) sowie Cohens Kappa (Cohen 1960).

Beide Methoden sind für die vorliegenden ordinalskalierten Daten aus den folgenden Gründen nicht geeignet. Cohens Kappa wird zur Messung der IRR bei zwei Ratern bzw. die Erweiterung ‚Fleiss‘ Kappa‘ (Fleiss 1971) zur Überprüfung der IRR bei mehr als zwei Ratern bei Variablen auf Nominalskalenniveau herangezogen. Der ICC wird primär zur Berechnung von Werten aus intervallskalierten Daten besonders bei Studien mit zwei oder mehr Ratern im Rahmen eines *full-crossing-Design* angewendet.

Die Berechnung anhand der Pearson- und Spearman-Korrelationskoeffizienten sowie Kendalls Tau und Kendalls Konkordanzkoeffizient (KCC) werden dann als sinnvoll beschrieben, wenn die subjektive Bewertung der einzelnen Rater untereinander relevanter ist als die einzelnen Scores (Gwet 2012; Feger 1983). Da die Skalierung des PEAP keine Gleichmäßigkeit in ihren Abständen aufweist, ist die rechnerische Orientierung an den verschiedenen Bewertungen der Rater notwendig. Der KCC,

bezeichnet als  $W$ , evaluiert die Übereinstimmung von drei oder mehr Ratern in Bezug auf die gleiche Untersuchungsgruppe, während Spearman und Kendalls Tau für das Errechnen der Daten bei 2 Ratern gedacht sind (Bortz & Lienert 2008). Der KCC dient der Beschreibung der Urteilsübereinstimmung, wurde getrennt voneinander von Kendall und Babington-Smith (1939) entwickelt und variiert von 0 bis 1.0, wobei ersteres für das absolute Fehlen von Übereinstimmung (Diskordanz) und letzteres für vollständige Übereinstimmung (Konkordanz) steht.  $W$  kann nicht als negativer Wert dargestellt werden, was unproblematisch ist, da er nur bei drei oder mehr Ratern berechnet wird (Bortz & Lienert 2008; Gwet 2012). Da für den KCC keine Interpretationswerte angegeben werden, orientieren sich die Werte in dieser Arbeit an den Angaben für den ICC und den Kappa. Fleiss (1987) hat die Werte für den ICC wie folgt definiert:  $< 0.40$  inadäquate Übereinstimmung,  $0.40 - 0.75$  angemessene bis gute Übereinstimmung,  $> 0.75$  exzellente Übereinstimmung. Norman und Streiner (2003) empfehlen einen *cut off* für den Kappa von 0.75, wobei in Studien für den therapeutischen Bereich (May et al. 2006; Schlote, Krüger, Tapp, Wallesch 2004) der *cut off* für den Reliabilitätskoeffizienten bei  $\geq 0.70$  liegt. Morris, Kurinczuk, Fitzpatrick und Rosenbaum (2006) differenzieren zwischen einer klinischen und einer stichprobenbasierten Forschung bezüglich des *cut off*. Sie beschreiben einen ICC von  $>.70$  bei einer stichprobenbasierten Forschung als reliabel; bei einer klinischen Forschung liegt dieser bei  $>.90$ . Für die vorliegende Arbeit wird ein *cut off* von  $\geq 0.70$  herangezogen. Des Weiteren wird in dieser Arbeit der Konkordanzkoeffizient wie folgt interpretiert:

**Tabelle 25:** Konkordanzkoeffizientwert

○ $\geq 0.89$	exzellente Übereinstimmung
○ $0.80 - 0.88$	gute Übereinstimmung
○ $0.70 - 0.79$	angemessene Übereinstimmung
○ $0.40 - 0.69$	nicht akzeptable Übereinstimmung
○ $< 0.39$	inadäquate Übereinstimmung

Die Datenauswertung erfolgt mit SPSS (Version 22);  $W$  wird mit folgender Formel (Legendre 2005: 229) errechnet:

$$W = \frac{12s}{p^2(n^3 - n) - pT}$$

Wobei  $s$  die statistische Abweichungssumme (*sum of squares statistic*),  $p$  die Beurteiler (*judges*),  $n$  den Gegenstand (*object*) und  $T$  den gebundenen Gütefaktor darstellt.

### 9.1.2 Auswertung der *verbal protocols*

Ericsson und Simon schlagen drei allgemeine Schritte zur Datenanalyse vor (Nielsen et al. 2002):

1. Transkription der Aufnahmen, um die Rohdaten zu erhalten; daraus entstehen die *verbal protocols*
2. Zerlegung der Rohdaten in zusammenhängende Sätze/Aussagen
3. Encodierung der in Schritt zwei gebildeten Segmente auf der Basis eines Kodierungsschemas

Die Teilnehmer gehen bei der Aufzeichnung der *verbal protocols* chronologisch vor, d. h. sie beginnen mit einer für sie logischen und stimmigen Beschreibung der Auswertung des ersten Betätigungsfeldes. Ihre Erfahrungen und ihr Erleben stehen in diesem Moment im Mittelpunkt der Erhebung mit dem Ziel, auf Grundlage der Daten Entscheidungsmerkmale bei der Bewertung durch den jeweiligen Therapeuten zu erkennen (Forschungsfrage SF 1). Dies erfordert ein qualitativ-interpretatives Vorgehen, sodass die *verbal protocols* in ihrer Sinnhaftigkeit erhalten bleiben.

Des Weiteren können die Beschreibungen der Teilnehmer im Querschnitt zusammengefasst werden. Dann ergibt sich ein Bild davon, wie alle Rater bei der Bewertung des jeweiligen Betätigungsfeldes vorgegangen sind. Hier ist ein qualitativ-strukturierendes Vorgehen angezeigt, sodass relevante Merkmale deutlich werden.

Deshalb werden die Daten aus den *verbal protocols* mit zwei unterschiedlichen Auswertungsverfahren analysiert. Um die leitenden Gedanken der Therapeuten bei der Bewertung insgesamt zu erfassen sowie ihre Entscheidungswege sinnhaft zu verstehen (Frage SF 1), erfolgt eine Datenanalyse der *verbal protocols* mit der Interpretativen Phänomenologischen Analyse (Smith 2011) im Längsschnitt (s. Kapitel 9.2.2; 10.2.3 & 10.2.4). Hier wird das Bewertungsverhalten des einzelnen Therapeuten betrachtet; es werden insgesamt 4 Teilnehmer analysiert.

Um Bewertungsmerkmale, die sich auf Betätigungsfelder mit hoher und niedriger Konkordanz beziehen (Frage F 3), zu erkennen, werden aus den *verbal protocols* entsprechende Felder im Querschnitt betrachtet und mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014) ausgewertet (s. Kapitel 9.2.4; 10.2.7). Beide Auswertungsmethoden werden im Folgenden erläutert.

#### 9.1.2.1 Grundlagen und Anwendung der Interpretativen Phänomenologischen Analyse

Die Interpretative Phänomenologische Analyse (IPA: Smith 1996; 2011) ist eine aus der Psychologie stammende, qualitative Auswertungsmethode, die überwiegend das subjektive Erleben einer Person in Bezug auf ein Erlebnis, Problem oder Ereignis erhebt. So lässt sich z. B. die Patientenwahrnehmung in Bezug auf eine Erkrankung analysieren, was sich jedoch im Allgemeinen auch auf

Therapeutenerfahrung übertragen lässt (Smith 2011). Grundsätzliches Ziel von IPA ist es, die Erfahrung von Personen in Hinblick auf ein Thema aufzudecken und soweit wie möglich die „innere Perspektive“ des Teilnehmers zu erkennen. Dafür werden mit Hilfe von IPA gelebte Erfahrungen, deren Bedeutung und deren Sinn für den Teilnehmer interpretiert; IPA basiert auf phänomenologischen, hermeneutischen und idiografischen Annahmen.

Die Phänomenologie stellt eine philosophische Perspektive dar. IPA bezieht sich hier auf Erkenntnisse von Edmund Husserl, Martin Heidegger und Hans-Georg Gadamer (Smith 2011). Dieser Blick auf die Welt bietet Forschern die Möglichkeit, eine phänomenologische Forschungsperspektive einzunehmen – phänomenologisch, da die gelebte Erfahrung der Teilnehmer aus ihrer eigenen Perspektive erfasst wird, wissend, dass ein Erfassen der Teilnehmerperspektive weder direkt noch vollständig möglich ist (Smith, Flowers, Ostborn 1997), weshalb von einer „erfahrungsnahen“ Forschung (Smith 2011: 10) gesprochen wird. Die Hermeneutik als die Theorie der Interpretation (Smith, Flowers, Larkin 2009) wird bei IPA im Sinne einer Doppelhermeneutik beschrieben: Der Forscher interpretiert die Beschreibung des Teilnehmers, der wiederum seine eigene Erfahrung subjektiv erlebt und interpretiert (Smith 2011). Der idiografische Anteil bei IPA impliziert eine spezifische, durchdachte und strukturierte Analyse einer erlebten Situation mit dem Ziel, zu erfahren, wie ein spezifisches Ereignis aus der Perspektive einer bestimmten Person in einem speziellen Kontext verstanden wurde (Smith et al. 2009). Der Fokus liegt somit auf dem Partikulären und nicht auf dem Generalisierenden, wobei Smith et al. (2009: 31f.) feststellen, dass [...] the detail of the individual also brings us closer to significant aspects of the general“.

Da die Methode keine Theoriebildung wie bei der *grounded theory* noch eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse anstrebt, liegen IPA-Studien kleine Stichproben zugrunde (Smith & Osborn 2008; Smith 2011). Smith & Osborn (2008) gehen davon aus, dass drei Teilnehmer ausreichend sind, um jeden Fall tiefgehend zu analysieren, aber auch, um ausreichend Konvergenzen und Divergenzen zu erkennen. Die Stichprobe sollte so homogen wie möglich sein, um das zu untersuchende Phänomen abzubilden. z. B. Therapeuten, die in demselben Fachbereich mit ähnlicher Klientel tätig sind (Clark 2009).

Fünf von Ried, Flowers und Larkin (2005) beschriebene Kernelemente von IPA werden im Folgenden in Bezug zur durchgeführten Studie dargestellt:

**Tabelle 26: Kernelemente IPA in Bezug zur Studie**

1. IPA liegt ein induktives Vorgehen zugrunde. Den Bedeutungen der Teilnehmer in Bezug auf ihre Erfahrungen werden keine Hypothesen vorgeschaltet, eigene Vorannahmen des Forschers werden durch wiederholende Verschriftlichung dargelegt, um eine Beeinflussung möglichst zu reduzieren.

Dieses Vorgehen entspricht den Vorstellungen der Forscherin, da der Blick auf die Daten „offen“ sein sollte, um Neues zu entdecken und nicht bestehende Annahmen zu bestätigen oder zu verwerfen.

2. Die Teilnehmer werden als Experten ihrer eigenen Erfahrungen angesehen. Sie werden zu Experten, da sie in dem zu untersuchenden Phänomen über Wissen verfügen, dass andere Personen nicht haben (Ried, Flowers & Larkin 2005).

Die Teilnehmer der Studie haben durch den besuchten Workshop und die Skype-Fortbildung detailliertes Wissen über die Durchführung des PEAP, sie verfügen über Kenntnisse in der ergotherapeutischen Behandlung mit Kindern und gelten somit als Experten für die Bewertung der PEAP Videos.

3. Der Forscher reduziert die Komplexität der Daten durch eine systematische Analyse (Ried, Flowers & Larkin 2005).

Diese wird in 6 Schritten detailliert beschrieben (Smith et al. 2009) und im Forschungsprozess umgesetzt (s. Anlage 23)

4. Die Datenanalyse fokussiert auf der Identifikation von konvergierenden, aber auch divergierenden Themen zwischen den untersuchten Fällen (Ried, Flowers & Larkin 2005).

Hierdurch können gemeinsame Entscheidungsmerkmale zwischen verschiedenen Therapeuten erkannt und durch das Aufzeigen von Differenzen Abgrenzungen gefunden werden.

5. Die Datenanalyse ist interpretativ und birgt nicht den Anspruch, objektive Fakten zu produzieren, sie ist transparent, plausibel und bezieht sich in der Darstellung auf Aussagen der Teilnehmer.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt hier durch die Untermauerung von mindestens drei Textauszügen.

Die Datenerhebung erfolgt überwiegend durch semi-strukturierte Interviews, jedoch können auch andere Methoden wie Fragebogen, E-Mail oder Dialoge verwendet werden (Clark 2009; Reid, Flowers, Larkin 2005). Ogden und Russell (2012) werteten in ihrer Studie die mit *Think Aloud* gewonnenen Daten mit IPA aus „this method of analysis was selected as it supports the aims of the think aloud methodology and enables an understanding of participants’ thoughts and feelings in a realistic scenario“ (Ogden & Russell 2012: 1592).

Verschiedene Veröffentlichungen in der Ergotherapie-Literatur (King & Curtin 2014; Tzanidaki & Reynolds 2011; Smyth, Harries, Dorer, 2011; Clark 2009; Cronin-Davis, Buttler, Mayers 2009; Reynolds 2003) beschreiben den Nutzen von IPA für Ergotherapeuten. Die phänomenologische, hermeneutische und idiografische Perspektive, welche die Einzigartigkeit der individuellen Erfahrung

und deren Bedeutung bzw. das Verstehen des Individuums als ein Ganzes in seinem Umweltkontext in den Mittelpunkt stellt, harmoniert mit den Kernkonzepten der ergotherapeutischen Profession. IPA bietet ergotherapeutischer Forschung die Möglichkeit, Klienten- und Therapeutenerfahrungen tiefgreifend zu verstehen und zu interpretieren (Clark 2009).

Um die Validität und Qualität von IPA-Studien zu gewährleisten, schlägt Shinebourne (2011) das Einhalten der von Yardley (2000 & 2008) beschriebenen Schlüsselaspekte bei der Durchführung qualitativer Studien vor. Der erste Aspekt *sensitivity to context* impliziert u. a. den einfühlsamen Umgang mit den Studienteilnehmern. Hierbei ist die Stichprobenauswahl (Homogenität in Bezug auf Kontext und Erfahrung) und das Verständnis des Forschenden gegenüber der Wahrnehmung des Teilnehmers zu beachten. Der Kontakt zu den Studienteilnehmern gestaltet sich im Vorfeld über E-Mail oder Austausch via Skype. Während der Datengewinnung findet aufgrund der adaptierten *Think Aloud* Methode kein persönlicher Kontakt statt. Zudem ist der Umgang mit Rohdaten und deren Interpretation nachvollziehbar zu gestalten – „a good IPA study will demonstrate a sensitivity to the raw material and will always have a considerable number of verbatim extracts from the participants' material“ (Shinebourne 2011: 27). Als zweiten Aspekt nennt Yardley (2000 & 2008) *commitment and rigour*. Der Forscher verpflichtet sich durch das Einhalten des bei IPA beschriebenen Forschungsprozesses. Methodische Stringenz wird durch die geeignete Formulierung der Forschungsfrage wie auch durch die Datenerhebungs- und Datenanalysemethode gewährleistet. Der dritte Aspekt *transparency and coherence* (ebd.) bezieht sich einerseits auf eine nachvollziehbare Darstellung des Forschungsprozesses, andererseits auf die Kohärenz in Bezug auf die Darstellung der Ergebnisse. Ein kohärentes Argument sollte Konvergenzen und Divergenzen vereinen. Bei IPA bleibt die Nähe zur Aussage des Teilnehmers erhalten, gleichzeitig wird der interpretative Anteil des Forschenden deutlich (Shinebourne 2011). Der letzte Aspekt *impact and importance* (Yardley 2000 & 2008) impliziert die im Vorfeld stattgefundenen Überlegungen, welche Relevanz die durchgeführte Forschung für professionsspezifische Forschungsgemeinde hat. Im Vordergrund steht hier das Verstehen der Bewerter und somit der Erhalt eines tieferen Verständnisses für ihr Bewertungsurteil. Auf dieser Grundlage können Empfehlungen zur Anpassung des Instrumentes oder zur Veränderung der Schulung entstehen, was Relevanz für die weitere Entwicklung des Assessments hat.

In Hinblick auf die Validität bei qualitativer Forschung schlagen Smith, Flowers und Larkin (2009) eine unabhängige Prüfung an verschiedenen Stellen des Forschungsprozesses durch eine dritte Person vor. So wird der Forschungsaufbau (Fragestellung, Forschungsdesign, Auswertungsmethode) von unabhängigen ergotherapeutischen Forschern kritisch gelesen und kommentiert. Eine IPA-erfahrene Ergotherapeutin führt den ersten Analyseprozess (Schritt 2 IPA-Methode) unter Wahrung der Anonymität bei einem Transkript durch (Konstruktvalidität).



### 9.1.2.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Um therapeutenunabhängige Bewertungsmerkmale bei einzelnen Betätigungsfeldern auszumachen, werden Teile der *verbal protocols* mit der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Grundsätzlich lässt sich unter der qualitativen Inhaltsanalyse ein „[...] gleichermaßen systematisches und valides Verfahren mit dem Ziel einer zusammenfassenden Beschreibung des Materials definieren“ (Schreier 2014: 13). Die qualitative Inhaltsanalyse entwickelte sich aus der klassischen Inhaltsanalyse und stellt eine Weiterentwicklung dieser in Richtung der Hermeneutik und Interpretation dar (Kuckartz 2014: 34f.). Es handelt sich hierbei um ein Analyseverfahren, das dem Verstehen eines Textes und der Textinterpretation einen großen Stellenwert beimisst und im deutschsprachigen Raum besonders durch die Veröffentlichung von Mayring (1983) an Bekanntheit gewonnen hat.

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode, die den Forscher dabei unterstützt, große Datenmengen auf die in Bezug zur Forschungsfrage relevanten Passagen zu reduzieren (Schreier 2012: 80). Sie ermöglicht ein deduktiv-induktives Vorgehen (Schreier 2014; Kuckartz 2014), was vorteilhaft für das Forschungsvorhaben ist. Theoretische Ableitungen können vorgenommen werden z. B. über das *professional reasoning* (s. Kapitel 6.2.1). Um weitere Entscheidungsmerkmale herauszuarbeiten, bedarf es zudem einer induktiven Herangehensweise. Der Induktivismus zieht jedoch nicht in Betracht, „[...] dass empirische Beobachtungen und Beobachtungsmethoden stets in einen umfassenderen theoretischen Kontext eingebettet sind“ (Kelle & Kluge 2010: 23) und aus diesem Grund eine ganz offene Herangehensweise nie möglich ist. Peirce (1991) konstruiert aus dieser Annahme einen weiteren Begriff, die Abduktion, bei der auf Grundlage unerwarteter Ergebnisse neue, erklärende Regeln konzipiert werden.

Da bei den Beschreibungen der qualitativen Inhaltsanalyse überwiegend die Begriffe der Induktion und Deduktion zur Schlussfolgerung gewählt werden, bezieht sich die Autorin auf diese, wohl wissend, dass bei induktiver Vorgehensweise die theoretische Brille der Forscherin mit Einfluss nimmt und den Rahmen vorzeichnet.

Es gibt es verschiedene Formen der qualitativen Inhaltsanalyse. So beschreibt Mayring (2010) drei Hauptformen: zusammenfassende, strukturierende und explikative Form. Gläser und Laudel (2009) entwickeln eine eigenständige Variante der qualitativen Inhaltsanalyse. Kuckartz (2014) benennt die inhaltlich strukturierende, die evaluative sowie die typenbildende Inhaltsanalyse. Die verschiedenen Ausprägungen der qualitativen Inhaltsanalyse werden von Schreier (2014) beschrieben und in Relation zueinander gebracht. Daraus leitet sie zwei Hauptvarianten der qualitativen Inhaltsanalyse ab: die strukturierende Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) als sogenannte Basisvariante, die von anderen Autoren in verschiedenen Varianten aufgegriffen wird, sowie die qualitative Inhaltsanalyse nach Gläser und Laudel (2009). Zweitere leitet sich durch die Technik der Extraktion, d. h. der

Entnahme der benötigten Information aus dem Text mit Hilfe eines vorher auf theoretischen Überlegungen beruhendem Suchrasters (hypothetisches Model) und der anschließenden Interpretation anhand der Extraktionen ohne weiteren Rückbezug auf das Ausgangsmaterial, von den anderen Verfahren ab (ebd.). Bei der strukturierenden Inhaltsanalyse wird das Kategoriensystem durch ein iteratives Vorgehen entwickelt. Dieses Vorgehen ermöglicht während des Auswertungsprozesses eine Festlegung auf eine bestimmte Art von Kategorien sowie eine Verbindung der theoretischen Aspekte mit den empirischen Erkenntnissen innerhalb des Kategoriensystems (Mayring 2010).

Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014) verfolgt als Unterform der strukturierenden Inhaltsanalyse das Ziel, am Material ausgewählte inhaltliche Themen/Merkmale herauszuarbeiten und diese zu kategorisieren. Der Fokus liegt nur auf den forschungsrelevanten Aspekten (Kuckartz 2014; Schreier 2014).

Bei der Auswertung der *verbal protocols* steht das Erkennen von Entscheidungsmerkmalen bei den Betätigungsfeldern im Vordergrund. Gemäß der Forschungsfrage F 3 werden hier Betätigungsfelder mit einer hohen oder niedrigen Interrater-Reliabilität betrachtet. Die Auswertung wird anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt und im folgenden Kapitel dargestellt.

#### 9.1.2.2.1 Inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse

Dieses von Kuckartz (2014), Mayring (2010) und Schreier (2012) als Kernform bzw. zentrale Variante der qualitativen Inhaltsanalyse beschriebene Vorgehen hat das Ziel einer thematischen Strukturierung und systematischen Beschreibung durch ausgewählte und im Weiteren konzeptualisierte inhaltliche Aspekte des Materials in Bezug zur Forschungsfrage (Schreier 2014). Verallgemeinernd lassen sich die Schritte nach Kuckartz (2014: 78) wie folgt zusammenfassen:

**Tabelle 27:** Ablauf der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse

- Initiierende Textarbeit
- Ableitung von Hauptkategorien
- Kodieren des Materials anhand der Hauptkategorien
- Zusammenfassen der Hauptkategorien mit den entsprechenden Textstellen
- Ableitung von Subkategorien am Material
- Kodieren mit dem vollständigen Kategoriensystem (gesamtes Material)
- Auswertung und Darstellung der Ergebnisse

Grundlage einer qualitativ hochwertigen Inhaltsanalyse ist die Erstellung eines der Forschungsfrage entsprechenden Kategoriensystems. Die Kategorienbildung anhand eines systematischen Vorgehens ist das Herz der Methode (Schreier 2012: 82f.), weshalb dieser Schritt im Folgenden genauer beschrieben wird.

### Aufbau und wichtige Aspekte eines Kategoriensystems

Kategorien werden in unterschiedlicher Gewichtung (Hauptkategorien, Subkategorien) unterteilt, auf verschiedenen Wegen (induktiv, deduktiv) gewonnen und in unterschiedlich komplexen Kategoriensystemen in Bezug zueinander gesetzt. Die Komplexität des Kategoriensystems ist abhängig von dem Umfang der Forschungsfrage. Ein Kategoriensystem gilt erst dann als vollständig, wenn alle codierten Einheiten einer Subkategorie zugeordnet werden können (*exhaustiveness*; Schreier 2012: 83).

Die Hauptkategorien des Kategoriensystems, manchmal auch als Dimensionen bezeichnet, fokussieren sich entsprechend der Forschungsfrage auf die forschungsrelevanten Aspekte (Schreier 2012). Hauptkategorien sollen sich sowohl immer auf einen eindeutigen Aspekt beziehen als auch keine inhaltlichen Überschneidungen mit anderen Hauptkategorien aufzeigen (*unidimensionality*; ebd.: 84)..Subkategorien hingegen sind den Hauptkategorien untergeordnet und spezifizieren diese. Bei der Erstellung von Subkategorien ist es notwendig, darauf zu achten, dass das Datenmaterial eindeutig nur jeweils einer Subkategorie zugeordnet werden kann, d. h. dass die Subkategorien sich in ihrer Definition gegeneinander ausschließen (*mutual exclusiveness*; ebd.) sowie alle Unterkategorien mindestens einmal während des Kodierungsprozesses genutzt werden (*saturation*; ebd. 86).

Die Entstehung der Kategorien kann entweder deduktiv (*concept-driven*), induktiv (*data-driven*) oder, wie häufig in der qualitativen Inhaltsanalyse, eine Kombination der beiden Herangehensweisen sein (Kuckart 2014). Deduktive Kategorien werden auf der Grundlage von Informationen aus unterschiedlichen Quellen wie z. B. Theorien, Forschungsergebnissen oder logischen Annahmen in Bezug zur Forschungsfrage erstellt. Da qualitative erhobene Daten für gewöhnlich mehr Informationen bieten als der Forscher vorher erwartet bzw. bedacht hat, ist es sinnvoll, die deduktive Kategorienbildung mit den induktiven zu ergänzen. Diese Kategorien entstehen aus den Informationen, die der Forscher aus den Daten generiert und können Hauptkategorien wie auch Subkategorien darstellen. In der Durchführung gestaltet es sich häufig so, dass die Hauptkategorien eher theoriegeleitet und die Subkategorien eher am Material entwickelt werden. Jedoch ist es möglich, Hauptkategorien induktiv zu ergänzen und, auch wenn eher selten, ein vollständiges Kategoriensystem aus dem Material heraus zu erstellen (Schreier 2012). Grundsätzlich werden alle

Kategorien anhand der Namensgebung, einer expliziten Definition mit entsprechenden Beispielen und möglichen Entscheidungshilfen beschrieben (ebd.).

Zur Beantwortung der Fragestellung F 3 wird sowohl mit deduktiven als auch induktiven Kategorien gearbeitet, wobei der Schwerpunkt, um möglichst offen an das Material heranzugehen, auf der induktiven Kategorienbildung liegt. Die Erstellung des Kategoriensystems erfolgt mit MAXQDA (s. Kapitel 9.2.4).

### Vorgehen bei der Codierung

Der nächste Schritt, die Datenmenge anhand des Segmentierens zu strukturieren, ist eng mit dem Kategorisieren verbunden, stellt aber eine eigene Vorgehensweise dar. Hierfür wird das Material in verschiedene kleine Einheiten zerlegt, um u. a. sicherzustellen, dass das ganze Material gesichtet wird und sich der Forscher nicht durch einen fokussierten Blick aus der Bearbeitung von anderen Quellen (z. B. vorherigen Interviews) leiten lässt. Für die Einteilung spricht Schreier (2012) von der *unit of analysis* als größter Einheit. Diese kann bei Interviews z. B. ein Interview mit einem Teilnehmer darstellen.

In der hier durchgeführten Studie stellt eine *unit of analysis* die einzelnen *verbal protocols* dar, welche vom Rater für ein Betätigungsfeld für einen Fall (A, B oder C) abgegeben werden. Die *unit of coding* hingegen ist eine kleinere Einheit, die bedeutungsvolle Informationen in Bezug auf das Kategoriensystem enthält. Sie wird aus der *unit of analysis* gewonnen, dient der Bildung von Subkategorien und wird als einzige Kodiereinheit im Text hervorgehoben. Die Größe der *unit of coding* variiert je nach Forschung von einzelnen Wörtern hin bis zu ganze Abschnitte. In dieser Forschung werden überwiegend, um den Sinngehalt nicht zu verlieren, Textabschnitte kodiert. Um dem Aspekt der *mutually exclusive* gerecht zu werden, muss der Forscher darauf achten, dass die *unit of coding* nur einer Subkategorie zugeordnet werden kann (Schreier 2012).

Das Segmentieren lässt sich in drei Schritte unterteilen. Dem Hervorheben der relevanten Passagen des Materials (in Bezug auf das Kodierungssystem) folgt hierbei eine Entscheidung über die Art und Weise des Segmentierens und der Länge der *unit of coding*. Textpassagen können entweder nach formalen oder nach inhaltlichen Kriterien strukturiert werden (Schreier 2012). Obwohl die Einteilung in formale Kriterien einfacher ist, werden die *verbal protocols* beim Auswertungsverfahren zur Merkmalsbestimmung nach inhaltlichen Kriterien strukturiert, da sie keine ausreichende formale Struktur aufweisen und somit inhaltlich relevante Aspekte verlorengehen könnten. Der dritte Schritt bezieht sich auf die Umsetzung des Segmentierens entweder auf Papier oder mit Hilfe einer Software wie hier mit MAXQDA.

Um das Kodierungssystem, die Kodierungseinheiten (*units of coding*) und das Vorgehen zu überprüfen und somit eine Einheitlichkeit (*consistency*) zu erzielen, die wiederum die Grundlage für interne Reliabilität darstellt, wird ein Pilotdurchlauf anhand von Teilmaterial empfohlen (ebd.). Schreier (2012) schlägt vor einen Teil des Materials wie für den Hauptdurchlauf zu bearbeiten und nach zehn bis 14 Tagen erneut den gleichen Materialteil zu segmentieren und kodieren. Diese beiden Koderrunden werden miteinander verglichen und daraufhin z. B. das Kodierungssystem angepasst. Für die vorliegende Studie werden aus diesem Grund die *verbal protocols* der Pilotteilnehmerin kodiert. Da es sich um dieselbe Fragestellung handelt und somit der Pilotierung der qualitativen Inhaltsanalyse die gleichen Daten zugrunde liegen, ist dieses Vorgehen sinnvoll.

### 9.1.3 Auswertung des Fragebogens

Da es sich beim Fragebogen um einen teilstrukturierte Erhebung handelt, die sowohl qualitative als auch quantitative Daten generiert, ist hier ebenfalls eine gesonderte Auswertung für beide Bereiche notwendig. Die quantitativen Daten werden mit Hilfe von Excel (Version 2010) ausgewertet und dienen der numerischen Darstellung für die von den Teilnehmern wahrgenommenen förderlichen und hinderlichen Aspekte bei der Bewertung. Die qualitativen Daten liefern die Begründung für die quantitative Einschätzung und werden mit einer qualitativen Auswertungsmethode, der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002), analysiert.

#### 9.1.3.1 Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse wurde von Mayring (2002) als eigenständiges Verfahren eingeführt, von Schreier (2012) und Kuckartz (2014) jedoch als Verfahren der Kategorienbildung am Material innerhalb der inhaltlich strukturierenden Analyse beschrieben. Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse lässt sich auf viele Datenarten anwenden, z. B. auf Gruppendiskussionen (Kuckartz 2014), sodass sich der Grundgedanke der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ebenfalls auf die qualitativen Daten aus dem Fragebogen übertragen lässt. Als Unterform orientiert sich die Forscherin bei der Auswertung an der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse, da hier das Material paraphrasiert und dann regelgeleitet auf das Wesentliche konzentriert sowie über mehrere Aussagen zusammengefasst wird. Dieses Vorgehen eignet sich somit als Strategie zur Zusammenfassung, um inhaltlich-thematische Kategorien zu generieren (Schreier 2014). Da es sich bei den Antworten aus dem Fragebogen bereits um strukturierte Aussagen handelt, die sich von Paraphrasen aus einem Interview unterscheiden, wird die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nur in Anlehnung an das von Mayring (2002: 116) beschriebene und in Abbildung 19 dargestellt Vorgehen durchgeführt. Das im Rahmen dieser Forschung zugrundeliegende Vorgehen wird in der danebenstehenden Darstellung (s. Abb. 20) verdeutlicht.

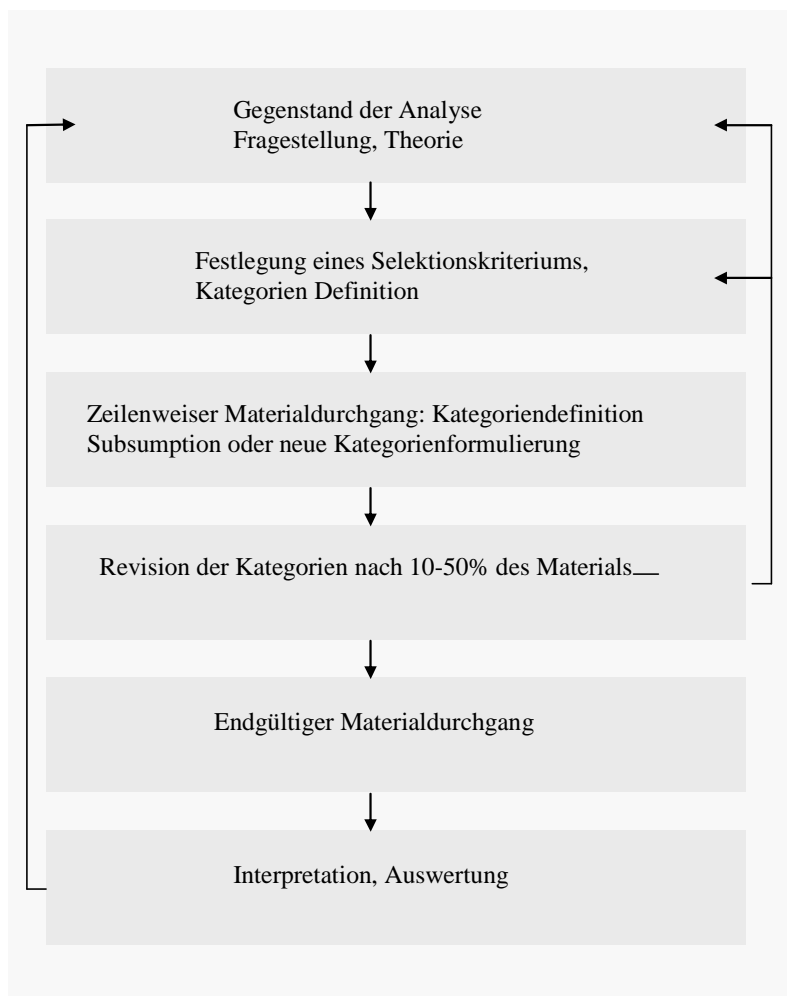


Abbildung 19: Ablaufmodell zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

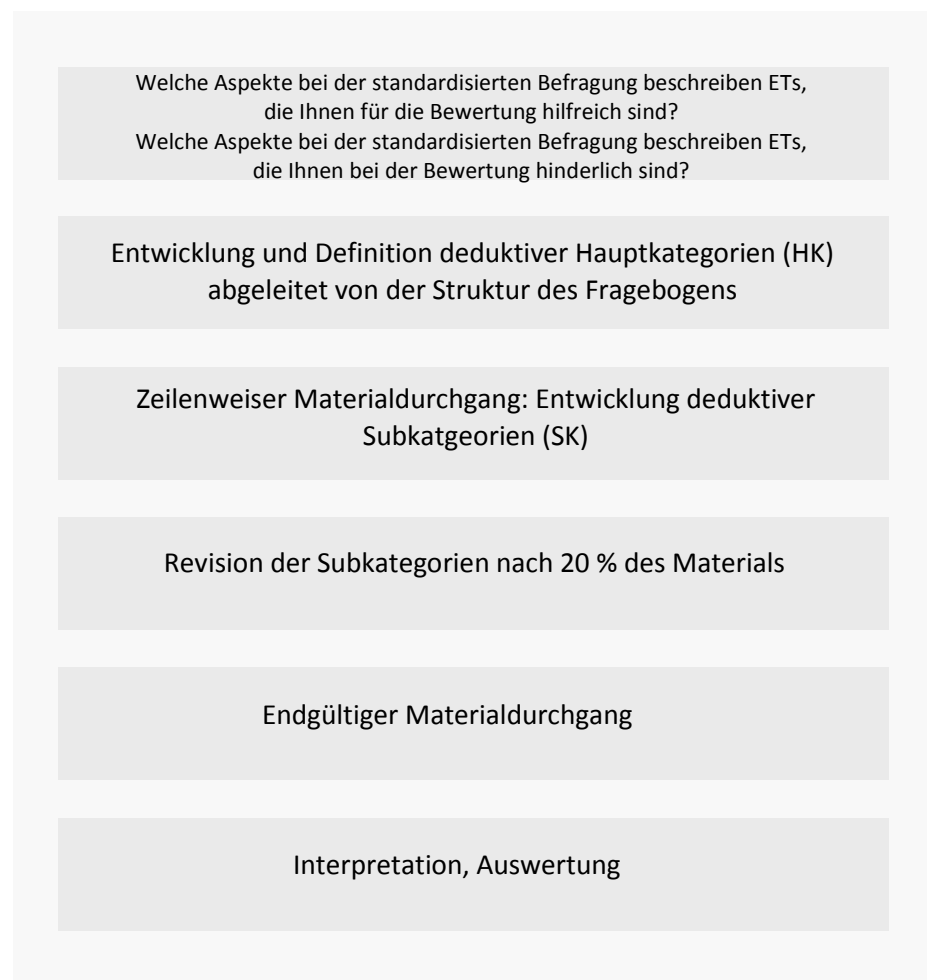


Abbildung 20: Auswertung in Anlehnung an zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

## 9.2 Darstellung der Auswertung

Um im Folgenden einen Überblick über das Auswertungsvorgehen bei der durchgeführten Studie zu erhalten, wird die Unterteilung in die drei methodischen Bereiche beibehalten. Bei dem gewählten *convergent parallel design* (Creswell & Plano Clark 2011: 70f.) der *mixed methods study* erfolgt eine Kombination der Daten erst bei der Interpretation (Creswell 2014). Zuerst wird die quantitative Auswertung der Interrater-Reliabilitätsstudie anhand des Kendall-Konkordanzkoeffizienten (KCC) beschrieben. Dem folgt die erste Auswertungsbeschreibung der Daten aus den *verbal protocols* mit der Interpretativen Phänomenologischen Analyse (IPA). Sodann wird die Datenauswertung der qualitativen Anteile des Fragebogens mit der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002) dargestellt. Abschließend erfolgt die zweite Auswertungsbeschreibung auf Grundlage der Daten aus den *verbal protocols* anhand der inhaltlich strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse.

### 9.2.1 Auswertung mit dem Kendall-Konkordanzkoeffizienten

Im Vorfeld werden die Rohdaten (= Bewertungen der Rater) anhand des vorgegebenen Kodierungssystems des Assessments umgerechnet. Die Rater geben die Gesamtbewertungen in Haupt- (I bis IV) bzw. Zwischenkategorien (I-; II+; II-; III+; III-; IV+) an. Die römischen Ziffern werden nach dem in Tabelle 28 stehenden Schema verrechnet und wie in der untersten Zeile angegeben interpretiert.

**Tabelle 28:** Umrechnungstabelle Gesamtbewertung Problem

I	I-	II+	II	II-	III+	III	III-	IV+	IV
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kein Problem		Leichtes Problem			Deutliches Problem			Massives Problem	

Als weiterer in die Bewertung einfließender Aspekt wird die Wichtigkeit betrachtet. Auch hier werden die Rohdaten mit dem in Tabelle 29 stehenden Kodierungssystem des Assessments umgerechnet und anschließend interpretiert.

**Tabelle 29:** Umrechnungstabelle Gesamtbewertung Wichtigkeit

I		II			III			IV	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gar nicht wichtig		Etwas wichtig			Ziemlich wichtig			Sehr wichtig	

Die weitere Auswertung erfolgt mit SPSS (Version 22). Die Berechnung von Kendalls  $W$  für jedes einzelne Betätigungsfeld erfolgt an der in Kapitel 9.1.1 beschriebenen Formel.

### 9.2.2 Auswertung mit der Interpretativen Phänomenologischen Analyse

Die Datenanalyse nach IPA wird in 6 Schritte unterteilt, die von Smith et al. (2009: 82ff.) strukturiert beschrieben und hier in Bezug auf die durchgeführte Analyse dargestellt werden.

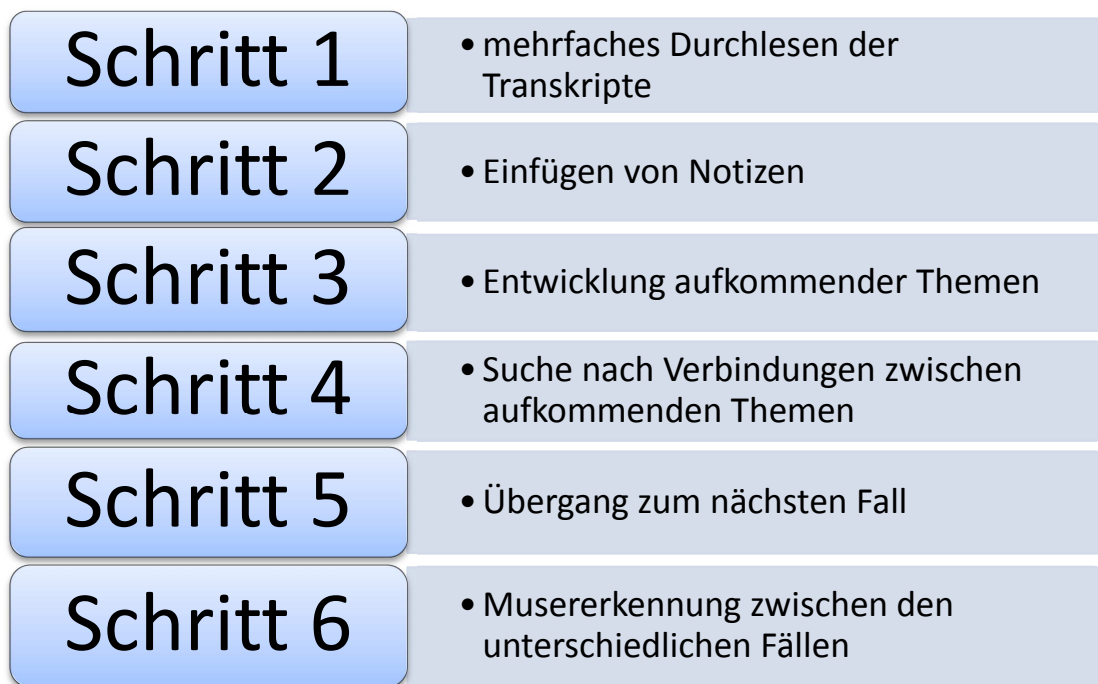


Abbildung 21: Analyseschritte IPA

Der **erste Schritt** (Smith 2009) verlangt das mehrfache, langsame und genaue Lesen der Transkripte, um sicherzustellen, dass der Teilnehmer mit seiner Perspektive in den Fokus der Analyse rückt. Um eigene Annahmen und Gedanken möglichst auszuklammern, kann es hilfreich sein, diese im Vorfeld schriftlich darzulegen. Dies wurde von der Forscherin durchgeführt. Zudem wird empfohlen, den ersten Analyseprozess getrennt von weiteren Schritten durchzuführen, um sich auf die wesentlichen Gedanken der Befragten konzentrieren zu können. Dieses Vorgehen bezeichnen Smith, Flowers und Larkin (2009) als *bracketing*.

Der **zweite Schritt** (Smith 2009) ist der zeitintensivste, da auf drei Ebenen eine freie Textanalyse mit dem Ziel stattfindet, eine verständliche und detaillierte Zusammenstellung von Notizen und Kommentaren in Bezug auf die Transkripte zu erstellen. Hierbei ist es von Relevanz, dass die vom Forscher eingefügten Kommentare phänomenologische Beschreibungen nahe am Material darstellen. Inhaltlich sind in diesem Schritt drei Analysedurchläufe mit unterschiedlichen Schwerpunkten vorgesehen.



Beschreibende Kommentare (*descriptive comments*) beziehen sich auf Nennungen, die dem Forscher deutlich machen, wie sich der Teilnehmer wichtig erachtete Zusammenhänge erklärt. Diese Aspekte werden von Teilnehmer häufig in Form von z. B. Prozessen, Beziehungen, Werten, Prinzipien und deren Bedeutung verbalisiert. Die vom Forscher angefügten Kommentare sollen helfen, die Welt des Teilnehmers zu verstehen und dessen Wichtigkeit zu erkennen. Der zweite Analysedurchlauf erfolgt auf der sprachlichen Ebene. Hier werden linguistische Kommentare (*linguistic comments*) eingefügt, die sich z. B. auf die Wiederholung von bestimmten Wörtern, die emotionale Bedeutung oder den Einsatz von Metaphern beziehen. Der dritte Analyselevel ist interpretativer, da er sich stärker von den genauen Beschreibungen der Teilnehmer abwendet – hin zu der forschereigenen Interpretation von allumfassenden Themen/Konzepten, die vom Teilnehmer angesprochen werden (*conceptual comments*). Beim Bezug zum Text muss jedoch weiterhin deutlich bleiben, „what is important is that the interpretation was inspired by, an arose from, attending to the participant’s words, rather than being imported from outside“ (Smith et al. 2009: 90). Dieser Analyseschritt verdeutlicht den Grundsatz der Doppelhermeneutik innerhalb der IPA. Die vollständige Datenanalyse liegt der Arbeit im DVD-Anlageband (s. Anlage B.1.2; B.2.2; B.3.2; B.4.2) bei. In der folgenden Tabelle wird die Durchführung der drei Analyseschritte exemplarisch dargestellt.

**Tabelle 30:** Exemplarische Darstellung Auswertung IPA Schritt 2

Aufkommende Themen	Transkript TN A	Kommentare
	<p>Sich mit und ohne Geräte fortbewegen, da hat er natürlich die Beeinträchtigung aufgrund der sehbeeinträchtigung, dass er da, ja, so scheint es, so hatte ich das Gefühl, dass ihm da auch einfach die Orientierung fehlt, dass er sich da wahrscheinlich immer wieder irgendwelche visuellen Unterstützungspunkte sucht, was aber auch entsprechende Aufmerksamkeit benötigt und gerade im Straßenverkehr hat das natürlich nochmal eine viel wichtigere Bedeutung, dass er da eben oft noch nicht ganz sicher ist. Die Mutter gibt da ein leichtes Problem, Hamid gibt gar kein Problem an, die Lehrer wiederum ein deutliches Problem, ich hatte und ich weiß jetzt nicht genau, ob das daran liegt, dass das einfach auch für mich, ja, so ein wichtiges Thema ist, wenn ich mir direkt</p>	<p>con<sup>20</sup>: Konzept Behinderung?  ling<sup>21</sup>: Körperfunktion  ling: Vermutung/ling: aus dem Bauch heraus    ling: Vermutung    des<sup>22</sup>: Zusammenhänge zwischen körperlichen Einschränkungen und Auswirkungen auf den Alltag  ling: emotionale Wichtigkeit    des: Diskrepanz Klientengruppe: Lehrer hat deutliches Problem  ling: Unsicherheit</p>

<sup>20</sup> Die gelb unterlegenen Textteile beziehen sich auf konzeptionelle Kommentare (*conceptual comments*).

<sup>21</sup> Die türkis unterlegenen Textteile beziehen sich auf linguistische Kommentare (*linguistic comments*).

<sup>22</sup> Die rosa gefärbten Textteile beziehen sich auf beschreibende Kommentare (*descriptive comments*).

Aufkommende Themen	Transkript TN A	Kommentare
	<p>vorstellen kann, wie das ist, wenn Hamid durch die, durch die Stadt geht, durch den Verkehr geht, würde ich dort ein deutliches Problem benennen, eben weil er, wie es auch angegeben ist, unter Aufsicht, selbst unter Aufsicht eben nicht verkehrssicher ist und dann noch ganz, ganz viel Begleitung braucht. #00:07:09-6#</p>	<p><b>con:</b> Loslassen, Umgang mit Ängsten von Seiten der Therapeutin; Selbständigkeit des Kindes</p> <p><b>des:</b> Wichtigkeit des Themas für den Therapeuten</p>

Beim **dritten Schritt** (Smith 2009), der Suche nach aufkommenden Themen, wird der Abstraktionslevel gesteigert. Der Forscher arbeitet überwiegend mit den in Schritt 2 angefügten Notizen und Kommentaren, nicht direkt mit dem Transkript. Der Gesprächsfluss wird aufgebrochen, sodass etwas „Neues“ entstehen kann. Hier hat der Forscher eine entscheidende Rolle beim Organisieren und Interpretieren. Dieser Prozess ist Teil des hermeneutischen Zirkels und macht deutlich, dass sowohl das „I“, die Interpretation, als auch das „P“, die Phänomenologie, ihren Stellenwert in diesem Auswertungsprozess haben. Die aufkommenden Themen zeigen eine Synergie zwischen Beschreibung und Interpretation, werden in der Regel in Form von Sätzen oder mehreren Schlagwörtern formuliert „[...] and contain enough particularity to be grounded and enough abstraction to be conceptual“ (Smith, et al.: 92). Die Durchführung des dritten Schrittes des IPA-Auswertungsprozesses liegt für Teilnehmer A und F im DVD-Anlageband (s. Anlg. B.1.3 & B.4.3) vor und wird hier anhand des Beispiels in Tabelle 31 aufgezeigt.

**Tabelle 31:** Exemplarische Darstellung Auswertung IPA Schritt 3

Aufkommende Themen	Transkript TN A	Kommentare
<p>Körperfunktion: Auswirkungen auf Betätigungsausführung</p> <p>Klientenzentrierung: Unterschiedliche Meinungen</p>	<p>Sich mit und ohne Geräte fortbewegen, da hat er natürlich die Beeinträchtigung aufgrund der Sehbeeinträchtigung, dass er da, ja, so scheint es, so hatte ich das Gefühl, dass ihm da auch einfach die Orientierung fehlt, dass er sich da wahrscheinlich immer wieder irgendwelche visuellen Unterstützungspunkte sucht, was aber auch entsprechende Aufmerksamkeit benötigt und gerade im Straßenverkehr hat das natürlich nochmal eine viel wichtigere Bedeutung, dass er da eben oft noch nicht ganz sicher ist. Die Mutter gibt da ein leichtes Problem, Hamid gibt gar kein Problem an, die Lehrer wiederum ein deutliches Problem, ich hatte und ich weiß jetzt nicht genau, ob das daran liegt, dass das einfach auch für mich, ja, so ein</p>	<p><b>con:</b> Konzept Behinderung?</p> <p><b>ling:</b> Körperfunktion</p> <p><b>ling:</b> Vermutung/<b>ling:</b> aus dem Bauch heraus</p> <p><b>ling:</b> Vermutung</p> <p><b>des:</b> Zusammenhänge zwischen körperlichen Einschränkungen und Auswirkungen auf den Alltag</p> <p><b>ling:</b> emotionale Wichtigkeit</p> <p><b>des:</b> Diskrepanz Klientengruppe: Lehrer hat deutliches Problem</p> <p><b>ling:</b> Unsicherheit</p>

Aufkommende Themen	Transkript TN A	Kommentare
Relevanz Therapeut	wichtiges Thema ist, wenn ich mir direkt vorstellen kann, wie das ist, wenn Hamid durch die, durch die Stadt geht, durch den Verkehr geht, würde ich dort ein deutliches Problem benennen, eben weil er, wie es auch angegeben ist, unter Aufsicht, selbst unter Aufsicht eben nicht verkehrssicher ist und dann noch ganz, ganz viel Begleitung braucht. #00:07:09-6#	con: Loslassen, Umgang mit Ängsten von Seiten der Therapeutin; Selbständigkeit des Kindes  des: Wichtigkeit des Themas für den Therapeuten

Abschließend werden die abstrakten Themen chronologisch gelistet, um im **vierten Schritt** (Smith 2009) nach logischen Zusammenhängen und Strukturen zwischen den Themen zu suchen. Hierbei müssen, entsprechend der Fragestellung, nicht alle Themen aufgenommen werden; manche werden nicht weiter beachtet. Die Themenstrukturen können mit unterschiedlichen methodischen Strategien erfasst werden (ebd.):

- Abstraktion, d. h. Zusammenfassen verschiedener Unterthemen zu einer Kategorie mit neuer Bezeichnung
- Zusammenfassung, d. h. ein aufkommendes Thema wird zur Hautkategorie, andere Themen werden dieser untergeordnet
- Polarisierung, d. h. nach Gegensätzen bei den Themen suchen und diese gegenüberstellen
- In den Kontext bringen, d. h. die aufkommenden Themen in eine zeitliche, kulturelle oder narrative Beziehung zu dem Transkript bringen
- Nummerierung, d. h. Überprüfung der Relevanz der Themen durch Analyse der Häufigkeit
- Funktion, d. h. welche Emotionen werden beim Lesen des Textes ausgelöst, welche Sprache wird verwendet

Die verwendeten Strategien werden schriftlich festgehalten, sodass deutlich wird, wie der Forscher zu der Themenstruktur gekommen ist. Abschließend werden die neu strukturierten Themen in einer Tabelle visualisiert (TN A & F: DVD-Anlageband s. B.1.4 & B.4.4). Exemplarisch wird eine durch Abstraktion erstellte Tabelle für Teilnehmer A vorgestellt. Die Begrifflichkeiten „Unsicherheit Therapeut Bewertung“, „Unsicherheit Therapeut Verständnis Kind“, „eigene Perspektive“, „Relevanz Therapeut“ werden einem neuen Begriff zugeordnet: dem *therapeutic use of self* (AOTA 2014).

**Tabelle 32:** Exemplarische Darstellung Auswertung Schritt 4 IPA

Therapeutic use of self
Unsicherheit Therapeut Bewertung
Unsicherheit Therapeut Verständnis Kind
Eigene Perspektive
Relevanz Therapeut

Um die Sensibilität für den Kontext zu wahren (Yardley 2008), ist es notwendig, dass die Textstellen mit den aufkommenden Themen in Beziehung bleiben (s. DVD-Anlageband B.1.2; B.2.2; B.3.2; B.4.2) sodass bei der Ergebnisdarstellung eine Verbindung mit den Zitaten der Teilnehmer erfolgen kann.

Im **fünften Schritt** (Smith 2009) wird der nächste Fall, hier der nächste Teilnehmer, nach den oben beschriebenen Schritten analysiert und interpretiert. Die im ersten Fall erarbeiteten Themen sollten, wenn möglich, außen vor gelassen werden, um für neue Themen offen zu sein. Dieses Vorgehen soll für jeden der Fälle beibehalten werden. So werden die Transkripte der Teilnehmer A, F und J einzeln durchgearbeitet. Fall H wird zusätzlich von einer in der IPA-Methode geschulten Ergotherapeutin bewertet. Um eine verbesserte Konstruktvalidität zu erzielen, wird dies von den Autoren empfohlen (Smith, Flowers, Larkin 2009).

Beim letzten, **sechsten Schritt** (Smith 2009), werden die erarbeiteten Tabellen aus allen Fällen mit dem Ziel zusammengebracht, fallübergreifende Muster und Verbindungen zu finden. Die gemeinsamen Themen werden in einer Tabelle zusammengefasst, sodass das Hauptthema und die darunterliegenden Unterthemen mit Bezug zum Transkript deutlich werden. Dieser Schritt ist die Basis für die in Kapitel 10.2.3 und 10.2.4 dargestellten Ergebnisse. Aus den in Schritt 4 entstandenen Tabellen wird ein gemeinsames Schaubild erarbeitet (s. Abb. 23), das die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Oberthemen deutlich werden lassen. Wie von Smith (2011) empfohlen, erfolgt die Ergebnisdarstellung eines Themas von mindestens drei Teilnehmerzitaten.

### 9.2.3 Auswertung mit der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse

Die Auswertung des Fragebogens erfolgt in Anlehnung an die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002). Hierfür wird kein computergestütztes Programm hinzugezogen, da es sich bei der Erhebung um eine reduzierte Datenmenge handelt. Die Filterung des Materials erfolgt somit manuell über eine zeilenweise Materialsichtung in verschiedenen Schritten (s. Abb. 19 & 20).

Im Vorfeld werden anhand der Struktur des Fragebogens deduktive Hauptkategorien (HK) festgelegt und definiert. Die Subkategorien (SK) entstehen aus den im Text gefundenen Indikatoren und definieren diese.

#### Beschreibung der Hauptkategorien

Der Fragebogen bezieht sich auf die Forschungsfragen (SF 2) „Welche Aspekte bei der standardisierten Befragung beschreiben Ergotherapeuten, die Ihnen für die Bewertung hilfreich sind?“ sowie (SF 3) „Welche Aspekte bei der standardisierten Befragung beschreiben Ergotherapeuten, die Ihnen für die Bewertung hinderlich sind?“ Die Hauptkategorien (HK) werden,

wie in Tabelle 33 dargestellt, deduktiv aus dem Fragebogen abgeleitet. Bezüglich der relevanten ergotherapeutischen Elemente, der Person, der Umwelt und der Betätigung (s. Kapitel 4.3), beziehen sich die ersten beiden Hauptkategorien auf die involvierten, fördernden wie hemmenden Personen: den Therapeuten (HK 1) und das Kind (HK 2). Hauptkategorie 3 (HK 3) bezieht sich auf die aus dem Umfeld kommenden Einflussfaktoren, ebenfalls unterstützend wie hemmend.

Die bisher genannten Kategorien beziehen sich auf die standardisierte Befragung. Da die Therapeuten im PEAP-Prozess zu Beginn zusätzlich ein offenes Interview durchführen, werden diese Einflussfaktoren in Hauptkategorie 4 (HK 4) in Bezug auf das Bewertungsverhalten der Rater kategorisiert. Die Subkategorien (SK) werden induktiv aus dem Material abgeleitet.

**Tabelle 33:** Entwicklung der Hauptkategorien aus dem Fragebogen

Fragen aus dem Fragebogen	Entwickelte Hauptkategorien (HK)
Wie haben Sie das offene Interview im Hinblick auf Ihr Bewertungsverhalten wahrgenommen? Als hilfreich/als einschränkend/neutral?	4a: Hilfreiche Aspekte offenes Interview 4 b: Einschränkende Aspekte offenes Interview
Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen der Therapeutin, die Sie bei der Bewertungsfindung unterstützt haben?	1a: Unterstützende Aspekte Therapeut
Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen der Therapeutin, die Ihre Bewertungsfindung erschwert haben?	1b: Hemmende Aspekte Therapeut
Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen von Seiten des Kindes, die Ihre Bewertungsfindung unterstützt haben?	2a: Unterstützende Aspekte Kind
Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen von Seiten des Kindes, die Ihre Bewertungsfindung erschwert haben?	2b: Hemmende Aspekte Kind
Gab es weitere Aspekte wie z. B. Interviewort oder Gesprächsatmosphäre, die Ihre Bewertung beeinflusst haben? Geben Sie an, ob dies/e förderlich oder hinderlich für Ihr Bewertungsverhalten war/en.	3a: Unterstützende Umweltfaktoren 3b: Hemmende Umweltfaktoren

#### 9.2.4 Auswertung mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Da es sich bei der vorliegenden Studie um eine *mixed-methods study* (Kroll & Neri 2009: 33) handelt, die sowohl eine quantitative (F 1) als auch eine qualitative (F 2) Fragestellung bearbeitet, wird eine

zusätzliche Frage konzipiert, die *mixed-methods question* (Creswell 2014). Diese entsteht aus den Ergebnissen der quantitativen Fragestellung. Da es, wie im Ergebnisteil beschrieben, einige Betätigungsfelder mit hoher bzw. niedriger Übereinstimmung gibt, werden diese erneut anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014) im Querschnitt fokussiert auf Merkmale analysiert, die Hinweise für die gelungene bzw. misslungene Übereinstimmungen geben können.

Hierfür wird schwerpunktmäßig induktiv ein Kategoriensystem erstellt, dass sich zuerst auf die vier Betätigungsfelder mit hoher Übereinstimmung (BF 3; BF 4; BF 12; BF 13) bezieht und im Weiteren auf die vier Betätigungsfelder mit geringer Übereinstimmung (BF 6; BF 8; BF 9; BF 11) übertragen und ggf. erweitert bzw. reduziert wird. Die überwiegend induktive Entstehung des Kategoriensystems impliziert die offene Herangehensweise und die Ableitung der Kategorien am Material, wohl wissend, dass der Forscher während der Entwicklung der Kategorien immer theoretisches Hintergrundwissen einbringt und somit von einer rein induktiven Erstellung des Kategoriensystems nicht gesprochen werden kann. Die Auswertung erfolgt anhand der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014) die in Kapitel 9.1.2 ausführlich beschrieben ist. Der Fokus der Auswertung liegt auf Merkmalen, die das Bewertungsverhalten der Rater leiten.

Die Daten werden aus den *verbal protocols* der Rater gewonnen. Da es zum Teil zu technischen Probleme bei der Aufzeichnung kam, setzt sich das Datenmaterial wie folgt zusammen:

**Tabelle 34:** Anzahl Rater verbal protocols

	Daten Betätigungsfelder	Anzahl
<b>Fall 1</b>	BF 3 & BF 4 & BF 6	jeweils 9 Rater
<b>Fall 1</b>	BF 8; 9; 11	jeweils 10 Rater
<b>Fall 1</b>	BF 12 & 13	jeweils 10 Rater
<b>Fall 2</b>	BF 3, BF, 4, BF, 6, BF 8, BF 9, BF11, BF 12, BF 13	jeweils 9 Rater
<b>Fall 3</b>	BF 3, BF, 4, BF, 6, BF 8, BF 9, BF11, BF 12, BF 13	jeweils 9 Rater

Den Betätigungsfeldern (BF) mit hoher Übereinstimmung liegen für die BF 3 & BF 4 jeweils 27 Aussagen<sup>23</sup> (gesamt: 54 Aussagen) und für die BF 12 & BF 13 jeweils 30 Bewertungsaussagen (gesamt: 60 Aussagen) zugrunde, insgesamt somit 114 Aussagen. Bei den Betätigungsfeldern mit

<sup>23</sup> Eine Aussage beinhaltet die Beschreibung eines Raters zu einem Betätigungsfeld.

geringer Übereinstimmung handelt es sich für die BF6, 9 & 11 jeweils um 27 Aussagen (gesamt: 81 Aussagen) und bei BF 8, um gesamt 30 Aussagen, was einen Gesamtwert von 111 Bewertungsaussagen ergibt.

Die Auswertung und Erstellung des Kategoriensystems erfolgt in Einzelarbeit. Als Probedurchlauf wird das Pilotinterview genutzt. Dieses wird zweimal in einem Abstand von 14 Tagen ausgewertet, um die Konsistenz der erstellten Kategorien zu gewährleisten. Zudem entstehen die Kategorien in einem iterativen Prozess, d. h. es werden Kategorien erstellt und diese werden im weiteren Auswertungsprozess verfeinert. Sobald das vollständige Kategoriensystem vorliegt, wird das Material von Anfang an erneut codiert.

#### 9.2.4.1 Beschreibung Kategoriensystem

Hauptkategorie 1, **Grad der Bewertungsübereinstimmung**, entsteht induktiv, da bei der Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial deutlich wird, dass es in Bezug auf die Klientengruppe unterschiedliche Perspektiven und Schwerpunkte gibt, welche von den Ratern in den Vordergrund gestellt werden. So wird z. B. bei der Subkategorie 1.2 *Übereinstimmung Kind/Mutter* die Meinungsübereinstimmung von den Ratern betont, auch wenn hier gleichzeitig indirekt eine Differenz zum Lehrer bestehen kann. Bei der Subkategorie 1.6 *Diskrepanz Lehrer* steht die abweichende Meinung der Lehrer im Vordergrund, auch wenn hier ggf. eine Übereinstimmung von Mutter und Kind mitschwingt. Ebenso bei 1.7 *Diskrepanz Kind* und 1.8 *Diskrepanz Mutter*: Hier steht jeweils die Abweichende Meinung des Kindes bzw. der Mutter im Vordergrund, auch wenn eine Übereinstimmung der anderen befragten Personen impliziert werden kann. Zudem wird bei der Diskrepanz deutlich, dass in manchen Situationen der Rater eine von der Klientengruppe abweichende Meinung vertritt, die in dem Moment im Vordergrund steht. Aufgrund dessen wird die Subkategorie 1.9 *Diskrepanz Rater* aufgenommen. Insgesamt ist von Interesse, ob bei einem Vergleich zwischen den Betätigungsfeldern mit der hohen und jenen mit der niedrigen Konkordanz Unterschiede bei der Bewertungsübereinstimmung erkennbar sind.

**Tabelle 35:** Hauptkategorie 1 BF hohe Übereinstimmung

#### **Hauptkategorie 1: Grad der Bewertungsübereinstimmung**

Diese Hauptkategorie teilt sich auf in die Übereinstimmung oder Diskrepanz bezüglich Aussagen im Hinblick auf die Bewertung. Der Schwerpunkt der jeweiligen Aussagen liegt entweder auf der Übereinstimmung oder der Diskrepanz aus Perspektive der Rater.

##### *Subkategorie 1.1: Übereinstimmung Klientengruppe*

Alle drei befragten Personen der Klientengruppe (Kind/Mutter/Lehrer) werden benannt. Es liegt nach Aussagen des Raters eine übereinstimmende Meinung bei der Bewertung und/oder der

Wichtigkeit vor.

*Subkategorie 1.2: Übereinstimmung Kind/Mutter*

Mutter und Kind werden mit übereinstimmender Bewertung und/oder Wichtigkeit vom Rater erwähnt.

*Subkategorie 1.3: Übereinstimmung Mutter/Lehrer*

Der Schwerpunkt liegt laut Rater auf der Übereinstimmung von Mutter und Lehrer bei der Bewertung und/oder der Wichtigkeit.

*Subkategorie 1.4: Diskrepanz Klientengruppe*

Alle drei befragten Personen der Klientengruppe (Kind/Mutter/Lehrer) werden erwähnt und es werden von allen unterschiedliche Angaben von Bewertung und/oder Wichtigkeit durch den Rater angegeben.

*Subkategorie 1.5: Diskrepanz Kind/Mutter*

Es werden Differenzen zwischen der Wahrnehmung der Mutter und des Kindes von Seiten des Raters für die Bewertung und/oder Wichtigkeit erwähnt.

*Subkategorie 1.6: Diskrepanz Lehrer*

Die Lehrer wird vom Rater mit einer abweichenden Meinung im positiven wie negativen Sinne erwähnt und in den Vordergrund gestellt; die Meinung weicht entweder von Mutter und Kind oder nur von einer Person aus der Klientengruppe ab.

*Subkategorie 1.7: Diskrepanz Kind*

Das Kind wird vom Rater mit einer abweichenden Meinung im positiven wie negativen Sinne erwähnt und in den Vordergrund gestellt; die Meinung weicht entweder von Mutter und Lehrer oder nur von einer Person aus der Klientengruppe ab.

*Subkategorie 1.8: Diskrepanz Mutter*

Die Mutter wird vom Rater mit einer abweichenden Meinung im positiven wie negativen Sinne erwähnt und in den Vordergrund gestellt; die Meinung weicht entweder von Kind und Lehrer oder nur von einer Person aus der Klientengruppe ab.

*Subkategorie 1.9: Diskrepanz Rater*

Die fachliche Meinung des Raters wird erwähnt; der Rater bezieht andere Beobachtungsmomente wie z. B. die freie Spielsituation des Kindes in sein Bewertungsverhalten ein, beides ist Teil der Bewertungsfindung. Dieses entspricht nicht vollständig der Einschätzung der Klientengruppe (Kind/Mutter/Lehrer).



Bei der ebenfalls induktiv entstandenen Hauptkategorie 2, **Perspektive Klientengruppe**, wird die Wahrnehmung der Klientengruppe (Kind, Mutter, Lehrer) getrennt erfasst. Hier wird deutlich, wie wichtig die Aussagen der beteiligten Personen von den Ratern wahrgenommen werden und somit welche Meinung besonders in die Bewertung einfließt. Bei dem zu einem späteren Zeitpunkt stattfindenden Vergleich der hohen und niedrigen Betätigungsfelder wird auch hier auf Differenzen geachtet.

**Tabelle 36: Hauptkategorie 2 BF hohe Übereinstimmung**

#### **Hauptkategorie 2: Perspektive Klientengruppe**

Eine Person der Klientengruppe (Kind/Mutter/Lehrer) wird mit ihrer individuellen Wahrnehmung bei der beschriebenen Situation in den Vordergrund gestellt. Es wird durch den Rater eine qualitative Beschreibung der Situation vorgenommen.

##### *Subkategorie 2.1: Wahrnehmung Kind*

Die Bedeutung und die Wichtigkeit des Kindes werden bei dieser Aussage durch den Rater in den Vordergrund gestellt.

##### *Subkategorie 2.2: Wahrnehmung Mutter*

Die Bedeutung und die Wichtigkeit der Mutter werden bei dieser Aussage durch den Rater in den Vordergrund gestellt.

##### *Subkategorie 2.3: Wahrnehmung Lehrer*

Die Bedeutung und die Wichtigkeit der Lehrer werden bei dieser Aussage durch den Rater in den Vordergrund gestellt.

Die Rater nutzen in ihrem Bewertungsprozess verschiedene Merkmale, um zu einer Gesamtbewertung zu gelangen. Hauptkategorie 3, **Begründung Rater**, die sowohl induktiv als auch deduktiv (Material PEAP) entstanden ist, greift die Merkmale auf, die von den Ratern verbalisiert werden. Durch diese Kategorie wird deutlich, welche Faktoren von den Ratern als bedeutend hinzugezogen werden, z. B. das Alter des Kindes in Bezug auf seinen Entwicklungsstand oder welche Faktoren die Bewertungen relativiert haben, z. B. die Einschränkung hat keine Auswirkungen auf den Alltag des Kindes. Diese Faktoren haben somit direkten Einfluss auf das Bewertungsverhalten des Raters.

Tabelle 37: Hauptkategorie 3 BF hohe Übereinstimmung

**Hauptkategorie 3: Begründung Rater**

Darunter fallen Merkmale, die vom Rater genannt werden und die seine Bewertung mit beeinflussen und strukturieren.

*Subkategorie 3.1: Auswirkungen auf Alltag/Teilhabe*

Es werden vom Rater die Betätigungsprobleme des Kindes beschrieben, die Auswirkungen auf das Handeln des Kindes im Alltag und auf seine erfolgreiche Teilhabe haben. Ebenfalls fallen Aussagen darunter, die deutlich machen, dass laut Rater keine Einschränkung auf Partizipations- und Alltagsebene vorliegen.

*Subkategorie 3.2: Qualität*

Die Betätigungsperformanz wird durch den Rater qualitativ beschrieben, z. B. führt das Kind eine Betätigung selbständig oder mit Unterstützung durch; zugrundeliegende Funktionsstörungen werden vom Rater benannt.

*Subkategorie 3.3: Alter*

Die Betätigungsperformanz des Kindes wird in Relation zum kalendarischen Alter gesehen; es werden Vergleiche mit Gleichaltrigen gezogen; gesellschaftliche Erwartungen an das Kind werden thematisiert. Dies bezieht sich auf Aussagen aus der Klientengruppe als auch auf die Interpretation des Raters.

*Subkategorie 3.4: Material PEAP*

Materialien aus dem PEAP, die von Seiten des Raters eingesetzt werden, um die Gesamtbewertung zu erhalten; hierunter fallen das Raster, die Kommentarbeispiele und/oder die mathematische Unterstützung durch das neu eingeführte Rechensystem.

Hauptkategorien 4, **hilfreiche Aspekte für den Gesprächsverlauf**, und Hauptkategorie 5, **hemmende Aspekte für den Gesprächsverlauf**, greifen nochmals die grundlegende Fragestellungen SF 2 und SF 3 auf und sind deduktiv entstanden. Es wird deutlich, dass die Rater in ihrem Bewertungsprozess förderliche wie hinderliche Faktoren erwähnen. Interessant wird dies bei einem Vergleich zwischen den Betätigungsfeldern mit hoher und niedriger Übereinstimmung. Hier stellt sich die Frage, inwiefern die genannten hilfreichen und hemmenden Aspekte das Bewertungsverhalten der Rater beeinflusst haben.

Tabelle 38: Hauptkategorie 4 &amp; 5 BF hohe Übereinstimmung

**Hauptkategorie 4: Hilfreiche Aspekte für den Gesprächsverlauf**

Es wird entweder das Verhalten des Kindes, der Therapeutin oder der Mutter vom Rater als unterstützend beschrieben.

*Subkategorie 4.1: Kompetenzen Therapeutin*

Der Rater nennt Verhaltensweisen der Therapeutin, die dazu beitragen, dass der Gesprächsverlauf positiv beeinflusst wird.

*Subkategorie 4.2: Fertigkeiten Kind*

Das Kind zeigt aus Sicht des Raters sprachliche Kompetenzen, kognitive Kompetenzen wie z. B. Aufmerksamkeit, Verständnis und/oder affektive Kompetenzen wie Motivation, Reflexionsfähigkeit.

**Hauptkategorie 5: Hemmende Aspekte für den Gesprächsverlauf**

Es wird entweder das Verhalten des Kindes, der Therapeutin oder der Mutter vom Rater als einschränkend beschrieben.

*Subkategorie 5.1: Gesprächsverlauf*

Einschränkende Anteile aus dem Verhalten der Therapeutin wie z. B. fehlendes Nachfragen oder einschränkende Anteile aus dem Verhalten der Mutter wie z. B. lautes Lachen, die vom Rater thematisiert werden und Einfluss auf den Gesprächsverlauf haben.

*Subkategorie 5.2: eingeschränkte Fertigkeiten Kind*

Das Kind zeigt aus Sicht des Raters eingeschränkte kognitive Kompetenzen wie Aufmerksamkeit, Verständnis oder affektive Kompetenzen wie Motivation, Selbstbewusstsein.

Die Auswertung der Daten erfolgt kategorienbasiert entlang der Hauptthemen. Hier ist es relevant, eine sinnvolle Reihenfolge der Kategorien zu finden und „[...] die inhaltlichen Ergebnisse in qualitativer Weise zu präsentieren, wobei durchaus auch Vermutungen geäußert und Interpretationen vorgenommen werden können“ (Kuckartz 2014: 94). Es werden entsprechende Auszüge aus den Transkripten zur Verdeutlichung gegeben. Die Ergebnisse finden sich in Kapitel 10.2.5 und 10.2.6.

**9.2.4.2 Auswertung mit MAXQDA**

Über die Vor- und Nachteile der qualitativen Datenauswertung anhand von computergestützter Technik, im englischsprachigen Raum als „QDA-Software“ (*Qualitative Data Analysis*) oder „CAODAS“

(*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) bezeichnet, wird in der qualitativen Forschung kontrovers diskutiert (Flick 2012). Diese Diskussion wird von Behrens (vgl. 2010: 508f.) aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Da die in dieser Studie anfallende große qualitative Datenmenge für den Einsatz von computergestützter Technik spricht, wird die Thematik des Für und Wider von Software in der qualitativen Forschung im Rahmen dieser Arbeit nicht erneut aufgegriffen.

Qualitative Softwareprogramme wie ATLAS.ti, NVivo, MAXQDA arbeiten anders als quantitative Programme wie SPSS (Schreier 2012). Sie führen keine Analyse durch, sondern unterstützen den Forscher bei der Auswertungsarbeit. So lassen sich u. a. schneller *coding frames* erstellen. Sie eignen sich für eine Vielzahl von Dokumenten. So können Transkripte von unterschiedlichsten Interviewarten, Beobachtungsprotokolle, Antworttexten aus offenen Fragen in strukturierten Fragebögen usw. die Datengrundlage bilden (Kuckartz 2010).

Bei der vorliegenden Studie wurde für die Datenauswertung zur Unterstützung das Softwareprogramm MAXQDA (Version 12) hinzugezogen. Die Entwicklung von MAXQDA begann mit der ersten Version, die 1989 auf den Markt kam. Seitdem wird die Software zur qualitativen und zur *mixed-methods* Datenanalyse kontinuierlich weiterentwickelt und liegt seit September 2015 in der 12. Version vor (MAXQDA 2016). Um Fehler bei der Anwendung zu vermeiden, schulte sich die Forscherin in einem zweitägigen Workshop für den Einsatz der Software.

Um einen abschließend Überblick über die beschriebenen Auswertungsverfahren, ihren methodischen Bezug und die Intention im Hinblick auf die Ergebnisse zu geben, findet sich in der folgenden Zusammenfassung eine Übersichtstabelle.

### 9.3 Zusammenfassung

Aggregiert lassen sich die Auswertungsverfahren der hier vorgestellten Studie wie in Tabelle 39 gezeigt in Bezug zu den jeweiligen Fragestellungen und dem methodischen Vorgehen setzen.

**Tabelle 39: Überblick Forschungsdesign & Auswertung**

Forschungsfragen	Methodisches Vorgehen	Auswertung	Erwartete Ergebnisse
<b>F 1</b>	IRR-Studie	SPPS-Berechnung des Kendall-Konkordanzkoeffizienten (KCC)	Grad der Übereinstimmung für jedes Betätigungsfeld bei 3 Fällen
<b>F 2</b>			
SF 1	<i>Think Aloud Methode;</i> Transkription der <i>verbal protocols</i>	Interpretative Phänomenologische Analyse (IPA)	Kriterien für die Entscheidungsfindung der Therapeuten
SF 2 + 3	Teilstrukturierter Fragebogen	Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse	Deduktiv und induktiv erstelltes Kategoriensystem zu hinderlichen und hilfreichen Aspekten bei der Bewertung
	Offene Fragen		
	Geschlossene Fragen	Excel	Nummerische Darstellung von hinderlichen und hilfreichen Aspekten bezogen auf einzelne Fälle
<b>F 3</b>	In Verbindung bringen der Ergebnisse aus F 1 und der <i>verbal protocols</i> aus SF 1 (convergent parallel design)	Inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse im Querschnitt für Betätigungsfelder mit exzellenter und niedriger Übereinstimmung (Gesamt:8)	Bewertungsverhalten anhand von Merkmalen bei hoher und niedriger Übereinstimmung

Die Ergebnisse der verschiedenen Auswertungsmethoden in Bezug auf die entsprechenden Fragestellungen werden im folgenden Kapitel ausführlich dargestellt. Zuerst erfolgt eine Beschreibung der Stichprobe, die aufgrund der verschiedenen Zugänge in unterschiedliche Untersuchungsgruppen (Therapeuten: Videoteilnehmer & Rater; Kinder) aufgeteilt wurde und getrennt voneinander erläutert wird.

## 10 Ergebnisse

### 10.1 Beschreibung der Stichprobe

Die Durchführung des quantitativen und qualitativen Bewertungsprozesses wird von einer Pilotin nach Erstellung der Instrumente (*Think Aloud* Leitfaden und Fragebogen) und vor der Durchführung der Studie im April 2014 überprüft. Die Pilotin ist Ergotherapeutin und arbeitet seit 13 Jahren mit pädiatrischer Klientel. Sie verfügt somit über viel praktische Berufserfahrung. Zudem arbeitet sie an einer Fachhochschule und ist es gewohnt, konstruktive Rückmeldungen bezüglich Forschungsinstrumenten zu geben; im Jahr 2011 hat sie einen PEAP-Workshop absolviert und im Rahmen der Studie 2013 an der Refresher-Home-Schulung teilgenommen. Das PEAP-Assessment hat sie vor der PEAP-Studie in Teilen fünf- bis sechsmal mit pädiatrischer Klientel in einer ergotherapeutischen Praxis durchgeführt und ist dadurch mit dem Instrument vertraut.

#### 10.1.1 Beschreibung der Untersuchungsgruppe Therapeuten

##### 10.1.1.1 Videoteilnehmer (Therapeuten)

Die Teilnehmer (n=3) für die Erstellung der Videos sind zu 100 % weiblich und seit 2001, 2006 und 2008 Ergotherapeuten. Wie aus Tabelle 40 zu entnehmen, handelt es sich um Therapeuten mit Berufserfahrung im pädiatrischen Bereich, die aufgrund ihrer Tätigkeit in unterschiedlichen Einrichtungen ein breites Spektrum des ergotherapeutischen Aufgabengebietes in der Pädiatrie abdecken.

**Tabelle 40:** Darstellung Untersuchungsgruppe Videoteilnehmer (Therapeuten)

	Ergo- therapeutin seit	Berufs- erfahrung Pädiatrie	Einrichtungen	Häufigkeit Durchführung PEAP	Schulungs- jahr
<b>Therapeutin 1</b>	2008	4 Jahre	Förderschule	1- bis 2-mal	2011
<b>Therapeutin 2</b>	2001	13 Jahre	Praxis (angestellt)	ca. 30-mal	2011
<b>Therapeutin 3</b>	2006	7 Jahre	Sozialpädiatrisches Zentrum	ca. 15-mal	2011

Die Erfahrungen der Therapeutinnen in der Anwendung des PEAP sind trotz des gleichen Schulungsjahres unterschiedlich. Therapeutin 1 hat mit der ein- bis zweimaligen Durchführung des Instrumentes vor der PEAP-Studie wenig bis kaum Erfahrung, während Therapeutin 3 mit ungefähr 15-maliger als geübte bzw. Therapeutin 2 mit ungefähr 30-maliger Anwendung als routinierte Durchführerin des PEAP gelten.

### 10.1.1.2 *Bewerter (Rater)*

Die Rater (n=10) sind zu 90 % weiblich und zu 10 % männlich. Dies trifft annähernd die Geschlechterverteilung in der Berufsgruppe der Ergotherapeuten, die laut Statistischem Bundesamt zu ca. 86 % als weiblich angegeben wird (Junge 2016). Zum Zeitpunkt der Erhebung sind die Teilnehmer in unterschiedlichen pädiatrischen Arbeitsfeldern tätig. Die Mehrzahl (n=7) arbeitet im pädiatrischen Hauptarbeitsfeld der freien Ergotherapiepraxis entweder als angestellter Therapeut (n=5) oder als Praxisinhaber (n=2). Des Weiteren sind zwei Rater in Institutionen wie dem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) bzw. Frühförderzentrum angestellt; ein weiterer Teilnehmer führt überwiegend eine Dozententätigkeit aus. Dies zeigt, dass die Rater in Bezug auf ihre Arbeitsfelder eine Heterogenität aufweisen, die fast das vollständige Arbeitsfeld von Ergotherapeuten im pädiatrischen Bereich abdeckt und hinsichtlich der Verteilung den allgemeinen ergotherapeutischen Arbeitsbereichen in der Pädiatrie nahekommt. Laut Statistischem Bundesamt sind von den 58.000 Ergotherapeuten deutschlandweit 28.000 im ambulanten Bereich und hier überwiegend in der freien Ergotherapiepraxis (27.000) tätig. Die weiteren 20.000 Ergotherapeuten arbeiten im stationären/teilstationären Bereich (Junge 2016).

Die teilnehmenden Rater absolvierten ihre Ausbildung zum Ergotherapeuten in unterschiedlichen zeitlichen Epochen: vier der insgesamt zehn Rater wurde nach der alten Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zum „Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten“ in den Jahren von 1981 bis 1998 ausgebildet. In dieser Ausbildungszeit stand das mechanistische Paradigma (s. Kapitel 4.1.2) in Lehre und Praxis im Vordergrund; so wurden u. a. ergotherapeutische Modelle während der Ausbildung nicht vermittelt. Eine Auseinandersetzung mit den Inhalten des aktuellen Paradigmas muss von den Therapeuten selbst geleistet werden, während die anderen sechs Rater ihre Ausbildung nach der neuen Prüfungs- und Ausbildungsverordnung (in Kraft getreten 2001) zwischen 2007 bis 2011 abschlossen und durch den Unterricht in den Grundlagen der Ergotherapie das Modellverständnis und die Betätigungsorientierung kennenlernten. Somit zeigt sich hier eine heterogene Gruppenstruktur, die die Arbeitsrealität der momentan tätigen Ergotherapeuten abbildet.

Die Rater haben im Mittel eine Berufserfahrung von 11,2 Jahren in der ergotherapeutischen Arbeit mit Kindern. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass, wie in Abbildung 22 deutlich wird, einige (n=4) viel bis sehr viel (16 bis 24 Jahre) Berufserfahrung vorweisen, eine zweite Gruppe (n=5) deutliche Berufserfahrung (vier bis sechs Jahre) hat und nur ein einziger Teilnehmer auf zwei Jahre Berufserfahrung zurückblicken kann.

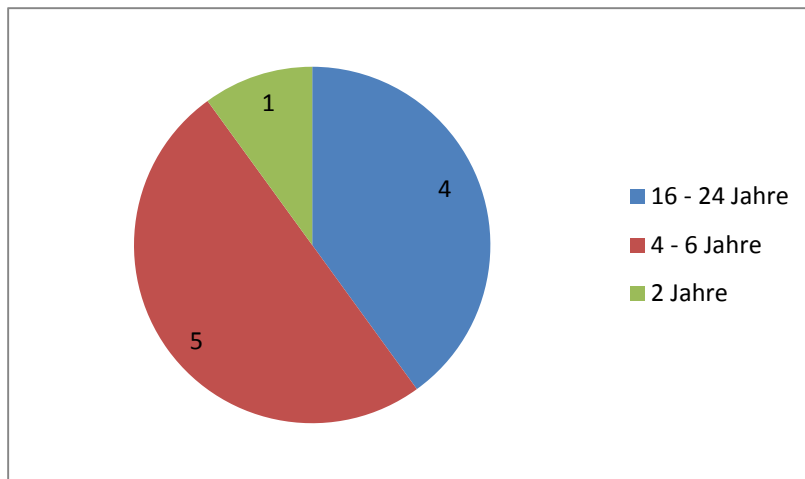


Abbildung 22: Verteilung Berufserfahrung Rater

An einem PEAP-Workshop haben die Rater in den Jahren 2011 (n=5), 2013 (n=2) und 2014 (n=3) teilgenommen. Gerade für die Teilnehmer aus den Workshops in 2011 ist die Skype-Schulung und die Möglichkeit, Fragen zu stellen, besonders wichtig, da sich in diesem Zeitraum das Assessment und dessen Durchführung nochmals deutlich verändert haben und die Teilnehmer alle auf dem gleichen Wissens- und Durchführungsstand sein müssen.

Eine große Spannweite zeigt sich bei der praktischen Erfahrung der Rater beim Einsatz des PEAP. Auf die Frage, wie häufig das PEAP-Interview bisher durchgeführt wurde, gaben 2 Personen einen häufigen Einsatz (ca. 40-mal und ca. 15- bis 20-mal) an; drei weitere notierten, dass sie das PEAP manchmal (ca. zehnmal; ca. siebenmal und ca. fünfmal) eingesetzt haben. Diese fünf Rater werden im Rahmen der Studie als geübte bzw. routinierte Anwender bezeichnet. Die weiteren fünf Befragten hatten das PEAP selten angewendet: entweder viermal (n=1) bzw. zweimal (n=2) oder noch gar nicht (n=2). Diese Teilnehmer werden hier als ungeübte bzw. unerfahrene Anwender bezeichnen.

Stellt man die Angaben in Relation zueinander (s. Tab. 41), so fällt auf, dass die Berufserfahrung und die Erfahrung mit dem PEAP nur bedingt korrelieren. Es gibt zwei Teilnehmer (TN), die dieser Vorstellung entsprechen: Teilnehmer F verfügt zum Zeitpunkt der Erhebung über wenig Berufserfahrung, er ist in der praktischen Erfahrung mit dem PEAP ungeübt und Teilnehmer I stellt sich mit sehr viel Berufserfahrung als routinierter Anwender dar.



Tabelle 41: Darstellung Untersuchungsgruppe Rater

TN	Berufserfahrung Pädiatrie	Praktische Erfahrung mit dem PEAP	Schulungsjahr
A	deutlich (4 J.)	routinierter Anwender (20x)	2011
B	deutlich (5 J.)	geübter Anwender (7x)	2011
C	viel (18 J.)	geübter Anwender (10x)	2011
D	deutlich (5 J.)	geübter Anwender (5x)	2011
E	deutlich (6 J.)	ungeübter Anwender (2x)	2014
F	wenig (2 Jahre)	unerfahrene Anwender (0x)	2014
G	sehr viel (20 J.)	unerfahrener Anwender (0x)	2013
H	viel (16 J.)	ungeübter Anwender (4x)	2014
I	sehr viel (24 J.)	routinierter Anwender (40x)	2011
J	deutlich (5 J.)	ungeübter Anwender (2x)	2014

Jedoch gibt es 4 Rater (T E; G; H; J), die deutliche bzw. viel Berufserfahrung haben, aber noch unerfahren bzw. ungeübt in der Anwendung des Assessments sind. Offensichtlich liegt ein Zusammenhang zwischen Schulungsjahr und der praktischen Erfahrung mit dem PEAP vor. Alle im Jahr 2011 geschulten Therapeuten sind geübte bzw. routinierte Anwender, während die 2013 und 2014 Geschulten unerfahrene bzw. ungeübte Anwender sind. Es zeigt sich gleichwohl, dass sich drei der im Jahr 2014 geschulten Therapeuten bereits praktisch mit dem Assessment auseinandergesetzt haben, da sie dieses in einem relativ kurzen Zeitraum zwischen zwei- und viermal anwendeten.

Zusammenfassend zeigt sich die Verteilung der Teilnehmer in Bezug auf Erfahrung mit dem PEAP und der Berufserfahrung in der Pädiatrie in einer Themenmatrix wie folgt:

Tabelle 42: Praktische Erfahrungen und Berufserfahrungen Rater

Berufserfahrung Pädiatrie	Praktische Erfahrung mit dem PEAP	
	Routinierte/geübte Anwender	Ungeübte/unerfahrene Anwender
Sehr viel/viel	Teilnehmer I Teilnehmer C	Teilnehmer H Teilnehmer G
Deutlich	Teilnehmer A Teilnehmer B Teilnehmer D	Teilnehmer E Teilnehmer J
Wenig		Teilnehmer F

Für die qualitative IPA-Auswertung wird die vorliegende Stichprobe nochmals reduziert, da die *verbal protocols* von zehn Ratern<sup>24</sup> nicht in der notwendigen Tiefe analysiert werden können und eine Datensättigung in der Regel bereits vorher eintritt. Smith et al. (2008) schlagen eine Stichprobengröße zwischen drei und sechs Teilnehmern vor. Bei der Fallauswahl steht der gewinnbringende Aspekt für die Forschungsfrage im Vordergrund, weshalb von einem gezielten *sampling* (Patton 1990) gesprochen wird. Die ausgewählten Fälle müssen für die Studie folgenden Kriterien entsprechen:

- Die *verbal protocols* liegen für jedes Betätigungsfeld bei jedem Fall (A, B & C) vollständig als Audiodatei (später als Transkript) vor
- Die Fälle weisen im Gesamtbild eine gleichmäßige Verteilung in Bezug auf Berufserfahrung und praktische Erfahrung mit dem PEAP in Bezug auf die Gesamtstichprobe auf

Von den zehn Teilnehmern werden zuerst fünf ausgewählt – aus jedem Segment der Themenmatrix aus Tabelle 42 ein Fall. Die notwendige Homogenität ist durch die Ein- und Ausschlusskriterien aller Teilnehmer gewährleistet. Um mögliche Unterschiede bei den Entscheidungskriterien zu erfassen, werden deshalb Teilnehmer unterschiedlicher Segmente gewählt. Die Entscheidung zwischen Teilnehmer I und C fällt auf Teilnehmer C, da bei Teilnehmer I aufgrund technischer Probleme bei der Aufzeichnung in einigen Betätigungsfeldern keine Audiodaten vorliegen. Bei der Wahl zwischen Teilnehmer G und H wird Teilnehmer H ausgewählt, da dieser, wie Teilnehmer J, seine PEAP-Schulung im Jahr 2014 absolviert hat. Teilnehmer J wird ausgewählt, da Teilnehmer E bei zwei Fällen keine Daten zur *Think Aloud* Methode aufgenommen hat. Teilnehmer A ist mit viel Berufserfahrung und großer Routine bei der Anwendung des Assessments ein Experte, während Teilnehmer F mit wenig Berufserfahrung und keiner Routine bei der Anwendung des PEAP Anfänger ist. Somit sind drei Teilnehmer 2014 und zwei Teilnehmer 2011 bei der Durchführung des PEAP geschult worden. Um hier möglichst aktuell und auf dem neusten Entwicklungsstand geschulte Teilnehmer zu erhalten, wird Teilnehmer C (Schulungsjahr 2011) aus dem *sample* genommen. Die Untersuchungsgruppe für die IPA-Auswertung besteht somit aus: TN A; TN F; TN H; TN J.

---

<sup>24</sup> Ein Rater, z. B. TN A, setzt sich jeweils aus 3 *verbal protocols* (Fall A, B, C) zusammen.

Tabelle 43: Darstellung sample IPA-Auswertung

<b>T</b>	<b>Berufserfahrung Pädiatrie</b>	<b>Praktische Erfahrung mit dem PEAP</b>	<b>Schulungsjahr</b>
<b>A</b>	deutlich (4 J.)	routinierter Anwender (15-20x)	2011
<b>F</b>	wenig (2 Jahre)	unerfahrene Anwender (0x)	2014
<b>H</b>	viel (16 J.)	ungeübter Anwender (4x)	2014
<b>J</b>	deutlich (5 J.)	ungeübter Anwender (2x)	2014

Für die Durchführung der Interrater-Reliabilitätsstudie ist die Heterogenität der Gruppe von Vorteil. Ein Instrument muss nach adäquater Schulung des Teilnehmers unabhängig von dessen Expertise, der Berufserfahrung und dem Schulungszeitraum vergleichbare Ergebnisse produzieren. Die bei der IPA-Auswertung verlangte Homogenität weist die Gruppe ebenfalls auf, da es sich um Menschen derselben Berufsgruppe (Ergotherapeuten) handelt, die in einem Fachbereich (Pädiatrie) tätig sind und eine Schulung in einem speziellen Instrument (PEAP) absolviert haben.

### 10.1.2 Beschreibung der Untersuchungsgruppe Kinder

Die Kinder, mit denen das Assessment durchgeführt wird, sind zum Zeitpunkt der Videoaufnahmen 6;7 Jahre, 6;10 Jahre und 6;11 Jahre alt und liegen somit im oberen Bereich der benötigten Altersspanne von 5;0 bis 6;11 Jahren. Bei allen PEAP-Assessments nehmen die Mütter als Bezugspersonen teil. Die vom Arzt auf der Heilmittelverordnung für Ergotherapie angegebenen Diagnosen sind, wie in Tabelle 44 zu sehen, relativ homogen. Zudem erhalten alle Kinder sensomotorisch-perzeptive Einzelbehandlungen, was die größte Gruppe der Behandlungsform in der Ergotherapie ausmacht (Junge 2016). Die Geschlechterverteilung entspricht mit zwei Jungen und einem Mädchen der ergotherapeutischen Klientel in dieser Altersgruppe. Laut Piso & Breuer (2013) sind 70 % der Kinder zwischen null bis zehn Jahren, die eine ergotherapeutische Leistung in Anspruch nehmen, männlich, ein Verordnungsgipfel ist im Vorschulalter auszumachen. Neben der ergotherapeutischen Behandlung erhalten zwei Kinder noch weitere Therapien. Die Kinder leben mit ihren Geschwistern mit einem oder beiden leiblichen Elternteilen zusammen.

Tabelle 44: Überblick Untersuchungsgruppe Kinder

	Alter	Diagnose	Therapien	Teilnehmende Bezugsperson
<b>Fall 1: Hamid</b>	6;10 Jahre	F.82.1 Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- & Graphomotorik	Ergotherapie seit 2012 Logopädie seit 2012	Mutter
<b>Fall 2 : Merle</b>	6;11 Jahre	F.82.0 Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	Ergotherapie seit 2013 Physiotherapie seit Geburt	Mutter
<b>Fall 3: Luis</b>	6;7 Jahre	F.82.1 Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- & Graphomotorik	Ergotherapie 2012 & 2013	Mutter

Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Fälle wird deutlich, dass diese, abgesehen vom kalendarischen Alter, Unterschiede aufweisen.

#### 10.1.2.1 Beschreibung Fall 1 Hamid

Hamid ist ein in Deutschland geborener Junge mit türkischem Migrationshintergrund. Beide Elternteile sind türkische Migranten der zweiten Generation. Die Familiensprache sowie Hamids Muttersprache ist türkisch. Hamid zeigt Schwierigkeiten im Umgang mit der deutschen Sprache. Aufgrund dessen erhält er neben der Ergotherapie eine logopädische Behandlung.

Seine medizinische Diagnose lautet:

- Retinitis pigmentosa beidseits: erbliche Augenerkrankung, die eine Zerstörung der Retina zur Folge hat. Die zurzeit noch unheilbare Krankheit führt in der Regel im mittleren Erwachsenenalter zur Erblindung (Pro Retina 2004).
- Myopie beidseits: Kurzsichtigkeit
- Astigmatismus beidseits: Hornhautverkrümmung

Hamid lebt gemeinsam mit seinem kleineren Bruder und seinen Eltern in einer Kleinstadt. Hamid besucht zum Zeitpunkt der Erhebung die erste Klasse einer Förderschule.

#### 10.1.2.2 Beschreibung Fall 2 Merle

Merle ist zum Zeitpunkt der Erhebung vom kalendarischen Alter das älteste der 3 Kinder. Jedoch wurden sie und ihre Zwillingsschwester bereits in der 24. SSW mit einem Gewicht von 720 Gramm entbunden. Die ersten 14 Lebenswochen verbrachte sie auf der Frühchen-Station einer Universitätsklinik. Seit ihrer Geburt erhält Merle unterschiedliche therapeutische Förderungen (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie).

Sie lebt mit ihrer Zwillingsschwester, dem drei Jahre älteren Bruder und der Mutter in einer Wohnung in einer Großstadt. Regelmäßig hat sie Kontakt zu ihrem leiblichen Vater.

Zum Zeitpunkt der Erhebung besucht sie die erste Klasse einer Regelgrundschule.

### 10.1.2.3 Beschreibung Fall 3 Luis

Luis lebt mit seinen leiblichen Eltern und seiner Schwester in einer Kleinstadt. Aufgefallen ist er im Kindergarten durch ein leicht impulsives Verhalten und Schwierigkeiten in der feinmotorischen Koordination. So bemerkten die Erzieher Schwierigkeiten in der Graphomotorik und im Gegenstandsgebrauch (z. B. Umgang mit der Schere). Zudem fiel es ihm schwer, sich auf Dinge zu fokussieren, er zeigte eine erhöhte Ablenkbarkeit und eine reduzierte Aufmerksamkeitsspanne. Da Luis aufgrund der Verschiebung des Einschulungstichtages bereits mit 5 Jahren in die erste Klasse eingeschult werden musste, empfahl der Kindergarten im letzten Kindergartenjahr eine ergotherapeutische Behandlung, die auch aufgenommen wurde. Aktuell besucht Luis die erste Klasse einer Regelgrundschule. Luis hatte bis zum Zeitpunkt der Erhebung keine nennenswerten Erkrankungen und erhält keine weiteren Therapien.

Mit Hilfe der beschriebenen Stichprobe werden die Daten gewonnen, die die Grundlage der Ergebnisse darstellen. Diese werden im nächsten Kapitel ausführlich thematisiert. Der Aufbau innerhalb der einzelnen Ergebnissteile orientiert sich zuerst an einer empiriegeleiteten, detaillierten Beschreibung, die im Weiteren abstrahiert wird.

## 10.2 Darstellung der Ergebnisse

In dem folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse weiterhin überwiegend voneinander in qualitative und quantitative Ergebnisse getrennt dargestellt und am Ende des jeweiligen Kapitels zusammengefasst. Eine Ausnahme stellt die Zusammenfassung der Ergebnisse aus der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse und der Interrater-Reliabilitätsstudie dar. Um die *mixed-method-Forschungsfrage* F 3 zu beantworten, ist eine gemeinsame Darstellung zu diesem Zeitpunkt sinnvoll.

### 10.2.1 Ergebnisse aus der Interrater-Reliabilitätsstudie

Im quantitativen Teil dieser Erhebung wird die Interrater-Reliabilität der Betätigungsfelder zwischen verschiedenen Ratern und unterschiedlichen Fällen mit dem Ziel erhoben, die Frage: „Inwieweit stimmen die Gesamtbewertungen von geschulten Ergotherapeuten bei der Einstufung der 15 Betätigungsfelder des PEAP-Assessments auf Basis der Klientenbewertung überein?“ zu beantworten.

Die Übereinstimmung wird am Kendalls *W* erhoben und bezieht sich auf eine Übereinstimmung über drei Fälle, bewertet von zehn Ratern. Die Übereinstimmung wird für jedes Betätigungsfeld dargestellt

und zusammengefasst. Das heißt, es gibt für jedes Betätigungsfeld 30 Bewertungen; insgesamt handelt es sich um 450 Bewertungen (s. Anlage 18, 19 & 20). Im Folgenden werden die Einzelergebnisse aus den PEAP-Assessments aufgezeigt. Aus diesen ergibt sich die Gesamtbewertung für das jeweilige Betätigungsfeld. Abschließend werden die Ergebnisse aus den 15 Betätigungsfeldern mit Kendalls  $W$  (KCC) tabellarisch dargestellt, wobei sich die farbige Unterlegung auf den Grad der Übereinstimmung in Anlehnung an Fleiss (1987), adaptiert nach May et al. (2006) und Morris et al. (2006), bezieht. Der *cut off* der Interrater-Reliabilität liegt bei dieser Studie bei .70, was eine angemessene bis exzellente Übereinstimmung bei Werten zwischen  $W$  .70 bis 1.0 bedeutet.

Die Darstellung erfolgt exemplarisch an drei Betätigungsfeldern, jeweils einem aus den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit. Die Auswertung der weiteren Betätigungsfelder kann im Anlage 21 eingesehen werden.

#### **10.2.1.1 Bewertung Betätigungsfeld im Bereich Selbstversorgung**

Unter den Bereich der Selbstversorgung fallen alle Betätigungen, die Kinder im Alter zwischen 5;0 bis 6;11 ausführen, wenn sie sich, um ihr eigenes Wohlergehen, ihren eigenen Körper und eine altersgerechte Mobilität kümmern.

##### **10.2.1.1.1 Betätigungsfeld 1: Essen und Trinken**

Dieses Betätigungsfeld wird folgendermaßen umrissen: „Speisen und Getränke in kulturell akzeptierter Weise und in angemessenen Mengen und Zeiten zu sich nehmen, Nahrung vorbereiten wie Getränk eingießen, Brot streichen und weiche Speisen zerkleinern, Besteck sicher benutzen, auf Sauberkeit achten sowie die Nahrung zum Mund führen, beißen, kauen und schlucken“ (Kraus & Romein 2015: 91).

##### **10.2.1.1.1.1 *Fall 1 Hamid***

Bei der Bewertung gibt Hamid an, kein Problem bei der Durchführung der Betätigungen, die zum Betätigungsfeld „Essen & Trinken“ gezählt werden, zu haben. Die Mutter beschreibt ein deutliches Problem, das etwas wichtig ist. Die Lehrer bewerten diesen Bereich als leichtes Problem, jedoch mit ziemlicher Wichtigkeit.

Tabelle 45: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 1

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n. b. <sup>25</sup>
Mutter	6	4
Lehrer	4	7

Die Rater bewerten das Betätigungsfeld überwiegend als leichtes Problem, zwei Rater als deutliches Problem.

Tabelle 46: Bewertung Rater Fall Hamid BF 1

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	5	4	7	5	6	7	4	4	4

#### 10.2.1.1.1.2 Fall 2 Merle

Die Bewertung durch die Klientengruppe zeigt, dass das „Essen und Trinken“ für die Mutter ein leichtes Problem darstellt, das etwas wichtig ist, wobei das Kind und die Lehrer kein Problem bei der Ausführung der Betätigung beschreiben.

Tabelle 47: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 1

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n. b.
Mutter	4	4
Lehrer	1	n. b.

Die Rater geben eine Gesamtbewertung zwischen keinem und einem leichten Problem an.

Tabelle 48: Bewertung Rater Fall Merle BF 1

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	4	1	2	4	3	4	3	4	1

<sup>25</sup> Die Abkürzung „n.b.“ steht für „nicht bewertet“.

#### 10.2.1.1.1.3 Fall 3 Luis

Luis empfindet seine Betätigungsausführung bei diesem Feld als leichtes Problem mit einer ziemlichen Wichtigkeit, während die Mutter wie auch die Lehrer in diesem Betätigungsfeld kein Problem beschreiben.

**Tabelle 49: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 1**

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	7
Mutter	1	n. b.
Lehrer	1	n. b.

Die Rater bewerten dieses Feld zwischen keinem und einem leichten bis zu einem deutlichen Problem.

**Tabelle 50: Bewertung Rater Fall Luis BF 1**

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	4	4	3	2	3	1	2	1	4

#### 10.2.1.1.1.4 Gesamtbewertung Betätigungsfeld 1

Wie in Tabelle 51 dargestellt, haben alle Teilnehmer (n=10) das Betätigungsfeld bewertet. Es liegen somit 30 Bewertungen für dieses Feld vor.

**Tabelle 51: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 1**

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_01_Fall_1	10	5,00	4	7
BF_01_Fall_2	10	2,70	1	4
BF_01_Fall_3	10	2,80	1	4

Die Standardabweichung bezieht sich auf die einzelnen Fälle und bringt eine ordinale Reihung in die drei bewerteten PEAP-Interviews. Das Bewertungsranking liegt bei BF 1 zwischen 1 (Minimum) und 7 (Maximum) und umfasst eine Spannbreite von vier Bewertungspunkten. Der Kendalls W bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt. Er beträgt bei Betätigungsfeld 1  $W = .568$ .



### 10.2.1.2 Bewertung Betätigungsfeld im Bereich Produktivität

Bei Kindern zwischen 5;0 und 6;11 Jahren fallen in diesen Bereich alle Betätigungen, die in Zusammenhang mit konstruktivem Zusammensetzen von mehreren Elementen, dem Werkzeuggebrauch von z. B. Schere oder Stift stehen, die Grundlagen der Kulturtechniken behandeln sowie vorgegebene altersgerechte Aufträge erledigen und in Gruppen wie z. B. der Klasse angemessen interagieren.

#### 10.2.1.2.1 Betätigungsfeld 6: Konstruieren

Unter dieses Betätigungsfeld fällt das „Zusammensetzen von mehreren Elementen mit und ohne Vorlage zu einem neuen erkennbaren Ganzen (z. B. bei Puzzeln oder Konstruktionsspielen wie Bauklötze, Duplo, Lego u.ä.), dabei ggfs. Details und erforderliche Reihenfolgen beachten“ (Kraus & Romein 2015: 97).

##### 10.2.1.2.1.1 Fall 1 Hamid

Bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes geben Hamid und die Lehrer an, hier kein Problem wahrzunehmen und geben diesem Betätigungsfeld entsprechend keine Wichtigkeit ab. Die Mutter gibt ein minimales Problem an und empfindet dieses Betätigungsfeld leicht wichtig.

**Tabelle 52: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 6**

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n. b.
Mutter	2	4
Lehrer	1	n. b.

Sieben Rater (A; B; E; F; G; H & J) bewerten das Betätigungsfeld als leichtes Problem, zwei Rater (C & I) bewerten es als deutliches Problem und ein Rater (D) als kein Problem.

**Tabelle 53: Bewertung Rater Fall Hamid BF 6**

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	4	7	2	4	3	4	4	7	4

##### 10.2.1.2.1.2 Fall 2 Merle

Die Bewertung durch das Kind und die Lehrer zeigen, dass das Betätigungsfeld „Konstruieren“ für beide kein Problem darstellt, wodurch die Wichtigkeit nicht bewertet wird. Für die Mutter ist dieses Betätigungsfeld leicht problematisch und etwas wichtig.

Tabelle 54: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 6

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n. b.
Mutter	5	4
Lehrer	1	n. b.

Acht Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes, zwei Rater (A & E) als kein Problem.

Tabelle 55: Bewertung Rater Fall Merle BF 6

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	5	3	3	2	4	4	3	4	4

#### 10.2.1.2.1.3 Fall 3 Luis

Bei Betätigungsfeld 6 nimmt Luis ein deutliches Problem wahr, das jedoch für ihn gar nicht wichtig ist. Die Mutter und die Lehrer nehmen hier kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 56: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 6

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	7	1
Mutter	1	n. b.
Lehrer	1	n. b.

Sechs Rater (A; B; E; F; H & J) bewertet dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, die anderen Rater (C; D; G & I) geben kein Problem an.

Tabelle 57: Bewertung Rater Fall Luis BF 6

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	3	1	2	3	3	1	4	1	4

#### 10.2.1.2.1.4 Gesamtbewertung Betätigungsfeld 6

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 1 liegt eine große Bewertungsvarianz (zwischen 2 bis 7) vor. Fall 2 zeigt eine Varianz zwischen 1 bis 5 und Fall 3 eine etwas geringere Varianz zwischen 1 bis 4.

Tabelle 58: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 6

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_06_Fall_1	10	4,30	2	7
BF_06_Fall_2	10	3,30	1	5
BF_06_Fall_3	10	2,60	1	4

Der Kendalls  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde. Er liegt bei Betätigungsfeld 6 bei  $W = .184$ .

### 10.2.1.3 Bewertung Betätigungsfeld im Bereich Freizeit

Der Freizeitbereich beinhaltet bei Kindern zwischen 5;0 bis 6;11 überwiegend die Betätigung des Spielens in verschiedenen Variationen wie alleine, mit anderen, ruhige/kreative und aktive Formen des Spiels sowie die Betätigung des altersgerechten Zuhörens und Erzählens.

#### 10.2.1.3.1 Betätigungsfeld 11: Zuhören und Erzählen

Dies umfasst „Geschichten oder kurze Erzählungen von Alltagsgeschehnissen anhören und mit eigenen Worten grob wiedergeben, sich mit anderen Kindern verständigen, Ereignisse und eigene Erlebnisse verständlich berichten“ (Kraus & Romein 2015: 102).

##### 10.2.1.3.1.1 Fall 1 Hamid

Hamid und seine Mutter geben für dieses Betätigungsfeld kein Problem an und bewerten entsprechend die Wichtigkeit nicht. Die Lehrer bewertet dieses Feld als deutliches Problem und sehr wichtig.

Tabelle 59: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 11

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n. b.
Mutter	1	n. b.
Lehrer	7	10

Sechs Rater (A; D; F; G; H & I) bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, zwei Rater (B & C) als deutliches Problem und 1 Rater (J) als kein Problem.

Tabelle 60: Bewertung Rater Fall Hamid BF 11

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	7	7	5	2	4	4	4	4	1

#### 10.2.1.3.1.2 Fall 2 Merle

Die Bewertung durch Merle und die Mutter zeigt, dass beide das Betätigungsfeld „Zuhören und Erzählen“ als leichtes Problem einstufen. Merle ist dieses Betätigungsfeld ziemlich wichtig, der Mutter etwas wichtig. Die Lehrer gibt in diesem Bereich kein Problem an und bewertet entsprechend die Wichtigkeit nicht.

Tabelle 61: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 11

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	5	7
Mutter	3	4
Lehrer	1	n. b.

Acht Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, zwei Rater (C; J) bewerten es als kein Problem.

Tabelle 62: Bewertung Rater Fall Merle BF 11

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2

#### 10.2.1.3.1.3 Fall 3 Luis

Luis bewertet Betätigungsfeld 11 als deutliches Problem, was eine ziemliche Wichtigkeit bedeutet. Die Lehrer und die Mutter geben in diesem Bereich kein Problem an, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 63: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 11

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	7	7
Mutter	1	n. b.
Lehrer	1	n. b.

Fünf Rater (A; C; E; F & H) bewertet dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, die anderen fünf Rater als kein Problem.

**Tabelle 64: Bewertung Rater Fall Luis BF 11**

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	2	1	3	3	4	1	4	1	1

#### 10.2.1.3.1.4 Gesamtbewertung Betätigungsfeld 11

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 1 liegt eine breite Bewertungsvarianz von 1 bis 7 vor. Fall 2 zeigt eine kleine Varianz von 2 bis 4, Fall 3 eine Bewertungsvarianz zwischen 1 und 4.

**Tabelle 65: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 11**

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_11_Fall_A	10	4,20	1	7
BF_11_Fall_B	10	3,60	2	4
BF_11_Fall_C	10	2,40	1	4

Der Kendalls  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde. Er beträgt bei Betätigungsfeld 11  $W = .364$

### 10.2.2 Zusammenfassung Ergebnisse Interrater-Reliabilitätsstudie

Der Überblick in Tabelle 66 macht deutlich, dass vier Betätigungsfelder (BF 3, 4, 12 & 13) eine exzellente und 4 Betätigungsfelder (BF 2, 5, 7 & 15) eine gute Interrater-Reliabilität aufweisen. Drei Betätigungsfelder (BF 1, 10 & 14) weisen eine nicht akzeptable Übereinstimmung bezüglich der Interrater-Reliabilität auf. Vier Betätigungsfelder (BF 6, 8, 9 & 11) zeigen eine inadäquate Interrater-Reliabilität, wobei zwei Betätigungsfelder (BF 6 & 8) durch besonders niedrige Werte auffallen.

Tabelle 66: Zusammenfassung quantitative Daten

Betätigungsfeld	Kendalls W	Betätigungsfeld	Kendalls W
BF 1	,568	BF 9	,317
BF 2	,884	BF 10	,658
BF 3	,943	BF 11	,364
BF 4	,958	BF 12	,958
BF 5	,883	BF 13	,894
BF 6	,184	BF 14	,697
BF 7	,830	BF 15	,882
BF 8	,170		

**Legende:**

○	≥.89	exzellente Übereinstimmung
○	.80 -.88	gute Übereinstimmung
○	.70 -.79	angemessene Übereinstimmung
○	.40 -.69	nicht akzeptable Übereinstimmung
○	<.39	inadäquate Übereinstimmung

Betätigungsfelder mit besonders hoher Übereinstimmung sind, wie in Tabelle 67 dargestellt, zwei Felder aus dem Bereich der Selbstversorgung und zwar BF 3 „Auf die Toilette gehen“ und BF 4 „Den Körper pflegen“ sowie zwei Felder aus dem Freizeitbereich, BF 12 „Aktiv körperliche Spiele durchführen“ und BF 13 „Regelspiele spielen“. Die Betätigungsfelder mit inadäquater Übereinstimmung kommen aus dem Bereich der Produktivität, BF 6 „Etwas konstruieren“ und BF 8 „Kulturtechniken erlernen“ sowie der Produktivität, BF 9 „Aufgaben erledigen“ und der Freizeit, BF 11 „Zuhören und erzählen“.

Tabelle 67: Gegenüberstellung Betätigungsfelder hohe und niedrige Konkordanz

Betätigungsfeld	Kendalls W		Betätigungsfeld
	exzellent	inadäquat	
BF 3: Auf die Toilette gehen	.943	.184	BF 6: Etwas konstruieren
BF 4: Den Körper pflegen	.958	.170	BF 8: Kulturtechniken erlernen
BF 12: Aktiv körperliche Spiele durchführen	.958	.317	BF 9: Aufgaben erledigen
BF 13: Gemeinsam spielen	.894	.364	BF 11: Zuhören und erzählen

Insgesamt zeigen die Betätigungsfelder BF 4 (Selbstversorgung) & BF 12 (Freizeit) den höchsten übereinstimmenden Wert, die Betätigungsfelder BF 8 (Produktivität) & BF 8 (Produktivität) die niedrigste Übereinstimmung.

Das *convergent parallel design* (Creswell & Plano Clark 2011) sieht vor, die Ergebnisse aus den qualitativen und quantitativen Daten an diesem Punkt der Forschung in Verbindung zueinander zu setzen. Um die beiden Datenmengen zur gemeinsamen Interpretation zu kombinieren, werden im Folgenden zuerst die quantitativen Ergebnisse dargestellt, um sie dann mit den qualitativen Daten sinnverstehen zu erläutern (Creswell 2014: 222f.).

### 10.2.3 Ergebnisse aus der Interpretativen Phänomenologischen Analyse

*Die qualitative Erhebung bezieht sich auf die zweite Forschungsfrage „Was leitet Ergotherapeuten während der Erfassungsphase des PEAP in ihrer Einschätzung bezüglich der Betätigungsausführung der befragten Klienten?“ Hierfür werden drei spezifische Fragestellungen (SF) formuliert, wobei die erste Frage (SF 1) „Wie beschreiben Ergotherapeuten ihre Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung der jeweiligen Betätigungsfelder während der Erfassungsphase des PEAP?“ mit den Ergebnissen aus der Interpretativen Phänomenologischen Analyse beantwortet wird.*

Hierzu werden die *verbal protocols* von vier Teilnehmern (TN A; TN F; TN H; TN J) nach der unter Kapitel 9.2.2 beschriebenen Methode analysiert. Die Wahl der vier Teilnehmer orientiert sich an der in Kapitel 10.1.1 beschriebenen Themenmatrix.

Alle vier Teilnehmer weisen eine individuell unterschiedliche Vorgehensweise bei der Bewertung der drei PEAP-Interviews auf, was sich auf unterschiedlichen professionellen Hintergrund (Berufsjahre; Routine im Umgang mit PEAP) zurückführen lässt.

Teilnehmer A nutzt bei der Beschreibung seines Vorgehens viele relativierende Wendungen wie „ich vermute“, „ich glaube“, „wahrscheinlich“, zeigt im Bewertungsprozess ein sehr strukturiertes und sicheres Vorgehen, was der routinierten Anwendung mit 15 bis 20 durchgeführten PEAP vor Studienbeginn entspricht. Bei jedem Betätigungsfeld wird zuerst die Betätigungsausführung aus der eigenen Perspektive beschrieben, dann die Bewertung der Klientengruppe thematisiert und abschließend die Gesamtbewertung mit der zugehörigen Begründung abgegeben. Die Begründung stützt sich häufig auf verschiedene Formen des *professional reasoning*, wodurch die deutliche Berufserfahrung von Teilnehmer A erkennbar wird.

Teilnehmer F geht sehr strukturiert vor. Er orientiert sich deutlich an der Struktur des PEAP. Hierzu nutzt er die Kommentarbeispiele und das Bewertungsraster und setzt diese in Relation zu eigenen Beobachtungen. Bei manchen Betätigungsfeldern gibt er eine eigene Therapeutenbewertung ab, um seine eigene Perspektive miteinbringen zu können. Die Sprache ist klar, wenig emotional und von formalen Aspekten durchdrungen. Das *professional reasoning* wird selten deutlich. Teilnehmer F hat zum Zeitpunkt der Studie wenig Berufserfahrung. Die Bewertung der drei PEAP-Interviews stellt für Teilnehmer F einen erstmaligen Prozess dar, da er die Bewertung nach der kurz vorher abgeschlossenen Schulung durchführt.

Teilnehmer H geht ebenfalls sehr strukturiert vor. Er beschreibt zu Beginn jeweils die Nennungen der Klientengruppe, so wie das Betätigungsfeld von den Klienten beschrieben wird. Als nächstes zählt er die schwierigen und gut gelingenden Betätigungen und bringt diese in Verbindung zum Betätigungsraster. Im Anschluss daran gibt Teilnehmer H seine eigene Bewertung für das jeweilige Betätigungsfeld ab und begründet diese mit verschiedenen Formen des *professional reasoning* sowie der verschiedenen Aspekte der Klientenzentrierung. Hier wird die deutliche Berufserfahrung von Teilnehmer H erkennbar. In der Vorgehensstruktur mit dem PEAP ähnelt er Teilnehmer F, der ebenfalls ein ungeübter PEAP Anwender ist.

Teilnehmer J zeigt insgesamt eine unsichere, fragende Haltung, was an Nennungen wie „ich bin ein bisschen überrascht“, „ich weiss es nicht“, „keine Ahnung“ erkennbar wird. Dieses Verhalten wird besonders bei Fall A deutlich, da sich hier das kindliche Verhalten als diffiziler erweist. Die Begründungen für die Gesamtbewertung sind überwiegend entweder Konsensentscheidungen der Klientengruppe oder ein entsprechender Mittelwert, der aus den Entscheidungen der Klientengruppe gewonnen wird. Insgesamt stellt die Bewertung der PEAP-Assessments für Teilnehmer J eine neue Aufgabe dar, da vor Studienbeginn nur zwei PEAP-Assessments durchgeführt wurden. Während der Bewertungsphase geht Teilnehmer J verstärkt emotional vor. So achtet er auf Reaktionen des Kindes wie Scham, unangenehme Fragestellungen und die Reaktion der Mutter wie z. B. Lachen bei Äußerungen des Kindes, weshalb das *interactive reasoning* in diesem Fall deutlich wird.



Trotz unterschiedlichen individuellen Vorgehens werden fünf Hauptaspekte erkennbar, die Ergotherapeuten bei der Entscheidungsfindung der Gesamtwertung des PEAP nutzen:

1. Therapeutic use of self
2. Klientenzentrierung
3. top-down/bottom-up
4. professional reasoning
5. Hypothesenbildung

Diese sind zum besseren Verständnis grafisch in Abbildung 23 dargestellt. Zudem zeigt die Grafik die Beziehungen auf, in der diese Themen zueinander stehen.

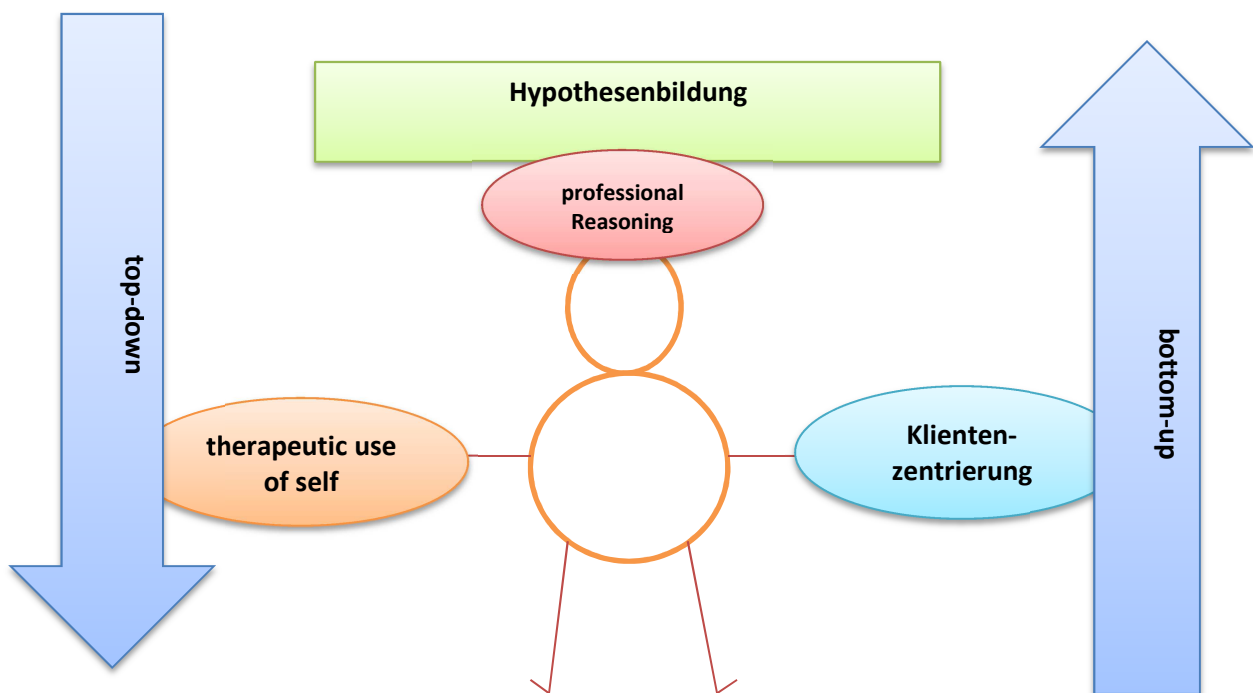


Abbildung 23: Darstellung Hauptaspekte für Entscheidungsfindung Therapeuten

Der Therapeut steht im Mittelpunkt, da er die Gesamtwertung auf Grundlage verschiedener Faktoren trifft. Auf der einen Seite wird er von seiner eigenen Persönlichkeit (*therapeutic use of self*) geleitet, auf der anderen Seite hat er Wissen und Erfahrung im Einsatz mit dem klientenzentrierten Arbeiten in der Ergotherapie. Zudem wird sein Denken von der *top-down*- und *bottom-up*-Perspektive geprägt. Diese Aspekte beeinflussen sein *professional reasoning* und stellen somit die Grundlage der Hypothesenbildung dar. Bei dieser agiert der Therapeut als Fachexperte und formuliert die Gesamtbewertung.

Im Folgenden werden die Hauptaspekte getrennt voneinander beschrieben. Durch die Komplexität des Konstruktes ist eine vollständige Trennung jedoch nicht möglich, wodurch es in der Beschreibung immer wieder zu Überschneidungen kommt. Die Ergebnisse beruhen auf den Einschätzungen der Rater, die hier als Therapeuten bzw. bei dem Verweis auf ein direktes Zitat als Teilnehmer (TN) bezeichnet werden, da sie hier die therapeutische Perspektive wiedergeben.

### 1. Therapeutic use of self

Ein Teil des *therapeutic use of self* stellt die eigene Persönlichkeit dar, die der Therapeut in den Therapieprozess miteinbringt, um diesen positiv zu gestalten und zu unterstützen. So beschreibt Winkelmann (2009) den *use of self* auch als Möglichkeit, die eigene Persönlichkeit therapeutisch zu nutzen. Im OTPF wird der *therapeutic use of self* als Grundlage für alle ergotherapeutischen Interventionen mit dem Klienten genannt. „Through the use of interpersonal communication skills, occupational therapy practitioners shift the power of the relationship to allow clients more control in decision making and problem solving, which is essential to effective intervention“ (AOTA 2014: 12). Die Relevanz des *therapeutic use of self* wird deutlich, betrachtet man die Ergebnisse aus Studien von Taylor, Lee, Kielhofner und Ketkarh (2009) und Summerfield, Forsyth und Taylor (in Taylor 2008). Hier wurden US-amerikanische und britische Ergotherapeuten zur Bedeutung des *therapeutic use of self* befragt, wovon 80 % diesen als wichtigste Determinante einer erfolgreichen Therapie (Taylor et al. 2009) bzw. als Schlüsseldeterminante für die Behandlungsergebnisse bezeichneten (Summerfield et al. in: Taylor 2008). Jedoch ist nur knapp die Hälfte der befragten Therapeuten der Meinung, durch die Berufsausbildung angemessen auf den gezielten Einsatz des *therapeutic use of self* vorbereitet zu sein (Taylor 2008), was eine Diskrepanz zwischen Notwendigkeit und Sicherheit im Einsatz vermuten lässt.

Bei der Bewertung der PEAP-Interviews wird der *use of self* bei einer empathischen, verständnisvollen Haltung, die der Therapeut bezüglich der kindlichen oder der mütterlichen Perspektive einnimmt erkennbar. So benennt TN J in Bezug auf die Mutter *„bei der Beobachtung (...) ja also das kann ich mir auch gut vorstellen was die Mutter da beschreibt“* (TN J; Fall 1). Das Verständnis für die kindliche Lebensrealität fließt mit in das Bewertungsverhalten ein *„ich fand es sehr gut, dass die Mutter nochmal die Situation in der Schule erklärt hat, mit dem Toilettenpapier. Dass man das dahin mitnehmen muss und logisch, wenn man das vergisst“* (TN J; Fall 2).

Zudem bringen die Therapeuten ihre eigene Perspektive und Relevanz bezüglich der Ausführung einer Betätigung mit ein. So ist für TN A die Verkehrssicherheit des Kindes bedeutungsvoll: *„das ist einfach auch für mich so ein wichtiges Thema, wenn ich mir direkt vorstellen, wie das ist, wenn Hamid durch die Stadt geht [...] durch den Verkehr geht, würde ich dort ein deutliches Problem benennen,*

*eben weil er, wie es auch angegeben ist, selbst unter Aufsicht eben nicht verkehrssicher ist“ (TN A; Fall 1). Für TN J ist die Beschreibung des Kindes nachvollziehbar „[...] weil es muss sich ja auch nicht ändern, weil es ist ja auch normal, wenn man in der Sonne läuft. Das man dann mal schlapp ist“ (TN J; Fall 3).*

Die eigene Interpretation der Situation kann aber auch zu Unsicherheiten auf Seiten des Therapeuten führen, was wiederum Einfluss auf das Bewertungsverhalten hat. So wird die Beurteilungsfähigkeit der Kinder in Frage gestellt: *„also ich hatte so ein bisschen Zweifel das er das gleich kapiert hatte mit dem [...] mit dem Küken [...]“ (TN F; Fall 1) oder „bei Luis war ich mir generell manchmal unsicher, ob er das richtig verstanden hat mit den Wichtigkeitsmomenten und der Bewertung mit dem Teich“ (TN A; Fall 3). Die Beschreibung der Mutter wird teilweise kritisch betrachtet „ich hatte aber den Eindruck, dass sie einfach sehr, sehr viel sehr positiv sieht. Ich finde generell ist das immer eigentlich was sehr schönes, wenn Eltern eben die Fähigkeit haben, das zu sehen was auch gut klappt, hier bin ich mir jetzt aber gerade ein bisschen unsicher in der Interpretation, weil sie eben eigentlich eher alles durchweg positiv sieht“ (TN A; Fall 3).*

Die eigene Vorstellung, wie die Ausführung von verschiedenen Betätigungen gelingen sollen, was der jeweilige Therapeut erwartet und wie er das Verhalten der Klientengruppe interpretiert, spielt somit eine Rolle bei der Bewertung der Betätigungsfelder.

## **2. Klientenzentrierung**

Die Klientenzentrierung setzt sich aus unterschiedlichen Aspekten zusammen (s. Kapitel 6.2.2), die von den Therapeuten in verschiedenen Facetten genutzt werden. Sind zwei Personen aus der Klientengruppe einer Meinung, so schließen sich die Therapeuten dieser in den meisten Fällen an. *„Ich würde genauso wie Luis und seine Mutter in dem Fall das Betätigungsfeld mit einem leichten Problem bewerten“ (TN A; Fall 3). Hinzu kommt die Relevanz, die eine Person der Betätigungsausführung beimisst. Beschreibt eine Person aus der Klientengruppe die Betätigung als besonders wichtig wie „Hamid selbst beschreibt oft das Thema Schleife binden, dass das was ist, was er noch nicht kann und was er lernen möchte, was er verändern möchte“ (TN A; Fall 1), so schließen sich die Rater dieser Bewertung an. „Die Mutter beschreibt, dass es da Probleme gibt und dass sie (das Kind) da einfach noch Unterstützung braucht. Die Mutter sieht es als deutliches Problem, die Lehrer als leichtes Problem. Ich würde es ebenfalls als leichtes Problem bewerten, weil ich da den Eindruck habe, wie die Merle es beschrieben hat und welchen Wert sie dem auch so beigemessen hat, dass viele Dingen schon gut klappt, sie in vielen Dingen ihre Strategie hat [...]“.*

Des Weiteren sind die Relevanz und die Bedeutung für den Alltag des Klienten mit ausschlaggebend, wie ein Betätigungsfeld bewertet wird *„da es eben mit den Informationen, die ich habe, keine*

*Einschränkungen für seine Alltagsfähigkeit gibt, würde ich auch hier mit kein Problem bewerten“ (TN A; Fall 3) oder „[...] daher würde ich das Kreuz bei eins machen. Vielleicht wird das nicht so gefordert oder es ist einfach nicht so bedeutungsvoll“ (TN J; Fall 1).*

Bei Betätigungsfeldern wie z. B. etwas zu konstruieren oder dem Erlernen von Kulturtechniken, die für die Rater schulrelevante Betätigung beinhalten, wird die Relevanz der Lehrer besonders beachtet. *„Also ich denk mal die Lehrer setzt da die Altersdurchschnittswerte an oder ihre Erfahrungen und schätzt das vor dem Hintergrund ein, dass das für sein Alter und für seine Einschränkung kein Problem ist“ (TN J; Fall 1).* Der Vergleich mit der Alterskohorte spielt für die Therapeuten eine entscheidende Rolle *„ich übernehme dort einfach mal die zwei plus, da das ja etwas ist was sie [...] überwiegend in der Schule macht und dann geh ich einfach mal davon aus, dass da die Lehrer [...] vielleicht nochmal ein differenzierteren Blick auch im Vergleich zu anderen Kindern hat“ (Fall F; TN 2)*

Am leichtesten gestaltet sich die Bewertung für die Rater, wenn alle Klienten eine einheitliche Bewertung abgeben – *„die Mutter berichtet das Gleiche, auch Lehrer sagt kein Problem daher fällt meine Wertung auch dementsprechend aus. Kein Problem und kein Veränderungsbedarf“ (TN J, Fall 1)“* Etwas schwieriger gestaltet sich die Bewertung, wenn alle Klienten die gleiche Bewertung abgeben, diese jedoch von der Perspektive des Therapeuten abweicht – *„jetzt bin ich gerade etwas überrascht, dass die Mutter halt den Bereich den die Merle liebt, also das Schneiden, als noch leichtes Problem sieht. Ich hätte jetzt eher gedacht dann ist es auch kein Problem“ (TN J; Fall 2).*

Unterschiedliche Bewertungen aus der Klientengruppe stellen für alle Rater eine große Herausforderung dar. Etwas einfacher wird dies, wenn die abweichende Meinung einer Person von den Ratern logisch erklärt werden kann – *„da ist zwar eine große Diskrepanz zwischen der Bewertung von Hamid und Mutter und der Lehrer, aber ist auch ganz logisch weil er ja angeblich eben nur nachts oder abends die Probleme hat wenn es dunkel ist und das einnässen das kommt ja in der Schule gar nicht vor.“ (TN F; Fall A; BF 3).* Am schwierigsten wird es, wenn alle drei Personen aus der Klientengruppe eine abweichende Meinung vertreten – *„sehr schwer, weil es alle (...) so unterschiedlich bewerten auch von der Wichtigkeit“ (TN J, Fall 1).* In diesem Fall tendieren die Rater dazu, einen Mittelwert aus den Bewertungen der Klientengruppe zu generieren – *„ich würde jetzt trotzdem bei zwei Minus mein Kreuz machen und die Wichtigkeit bei drei setzen wie die Mutter, weil ich dann auf dem Mittelweg zwischen Lehrer und Merle bin“ (TN J; Fall 2).* Zudem nutzen die Rater dann verstärkt die Kommentarbeispiele und das Bewertungsraster, um eine Gesamtbewertung zu finden. *„Vom Bewertungsraster her war es ja eben nur `die Regeln einhalten` [...] also weniger Betätigungen mit einem deutlichem Problem also auch zwischen zwei und drei ist das hier, also Bewertungsraster und Kommentarbeispiele sagen beide zwischen zwei und drei“ (TN F; Fall 1)*

Das Wissen über Klientenzentrierung ist somit ein wichtiger Faktor, um das PEAP angemessen durchzuführen. Es stellt große Herausforderungen an den Therapeuten, die unterschiedlichen Perspektiven an einem relativ frühen Zeitpunkt des Therapieprozesses, sinnvoll zu vereinen.

### 3. Top-down/bottom-up

Das *top-down*- und *bottom-up* Denken wird an verschiedenen Punkten des Entscheidungsprozesses deutlich und stellt ein wichtiges Entscheidungskriterium dar. Die *top-down* Perspektive wird häufig in Zusammenhang mit der Relevanz und der Bedeutung einer Betätigung für den Alltag formuliert. So bezieht sich das auf die Perspektive des Kindes – *„Luis beschrieb ja, dass es manchmal schwierig ist, vorgegebene Regeln einzuhalten, ich würde das jetzt aber nicht als leichtes Problem bewerten, weil es, glaube ich, keine Auswirkungen, keine einschränkenden Auswirkungen für den Luis selbst hat“* (TN A; Fall 3). Aber auch die Beschreibung der Mutter wird aus der *top-down*-Perspektive betrachtet – *„bei der Beobachtung habe ich jetzt gedacht dass die Mutter ja doch einiges gesagt hat aber scheint dann vielleicht nicht so wichtig zu sein auch wenn es vielleicht ein Problem ist. Sie hat aber das Problem schon nicht so doll gewertet. Vielleicht ist das einfach nicht so eine bedeutungsvolle Betätigung“* (TN J; Fall 1). Oder die Beobachtungen des Raters führen zu dem Schluss, dass die Teilhabe des Kindes trotz eingeschränkter Funktion, nicht beeinträchtigt ist *„aber man kann ihn gut verstehen und er kommt auch mit den anderen Kindern [...] zurecht also scheint das wirklich ein [...] ja sich wirklich nur auf die Grammatik zu beziehen“* (TN E; Fall 1).

Die *bottom-up* Perspektive wird häufig mit dem *scientific reasoning* zusammen genutzt, um die Betätigungsschwierigkeiten des Kindes aufgrund der eingeschränkten Funktionen zu erklären. So werden die Funktionseinschränkungen nur in Bezug zu den Betätigungsschwierigkeiten thematisiert – *„Was mit der Verkehrssicherheit ist ist fraglich, weil in der Anamnese, in dem Befragungsbogen, steht ja, dass er sich manchmal ablenken lässt“* (TN J; Fall 3). Hat die Funktionseinschränkung keine Auswirkungen auf die erlebte Betätigungsausführung, so wird diese von den Therapeuten als nicht relevant erachtet – *„von den Beobachtungsvideos hatte ich schon so das Gefühl, dass er da nicht nur vom Sehen, sondern auch von der Koordination her doch auch recht eingeschränkt ist aber ist ja schön dass er trotzdem scheinbar alles gut hinkriegt, selbst keine Probleme sieht und in der Schule auch keine großen Probleme gesehen oder überhaupt keine gesehen werden was die körperlichen Spiele angeht“* (TN F; Fall 1).

Somit wird deutlich, dass beide Perspektiven, *top-down* und *bottom-up*, wichtig für eine ganzheitliche Bewertung der Betätigungsfelder sind. Beide Aspekte werden gebraucht, um die Betätigungsproblematik in seiner Komplexität begreifen zu können und sollten somit nicht als konträre Konstrukte betrachtet werden. Jedoch sollte die Perspektive immer von *top-down* starten,

aber nicht bei der Betätigung enden. Die Struktur „von oben“ ist durch das PEAP vorgegeben, Betätigung und Teilhabe stehen im Mittelpunkt der Analyse.

#### 4. Professional reasoning

Das *professional reasoning* stellt einen metakognitiven Prozess dar, der von den Ratern bei der Entscheidungsfindung genutzt wird. Es besteht aus unterschiedlichen Anteilen, die, bis auf das *ethic reasoning* alle im Bewertungsprozess sichtbar werden.

Das *scientific reasoning* wird besonders beim Erfassen der körperlichen Einschränkungen und den entsprechenden Auswirkungen deutlich – *„in der freien Beobachtungssituation konnte man da finde ich schon ganz gut was sehen, dass er (das Kind) an sich schon einen Plan davon hat, aber im Arbeitstempo einfach sehr langsam ist, was natürlich wieder mit dem visuellen Erfassen zusammenhängen kann, aber auch mit dem Orientieren, wo gehört jetzt was hin, vielleicht war er auch einfach ein Stück weit abgelenkt“* (TN A; Fall 1). Es beeinflusst somit entscheidend das Bewertungsverhalten des Raters – *„ich würde mich jetzt für die Zwei entscheiden. Also ein leichtes Problem, vor allen Dingen in Hinsicht auf die Tatsache, dass die Mutter sagt es ist für sie normal und sie muss Rücksicht nehmen, da Hamid ja das Augenleiden hat“* (TN H; Fall 1).

Das *narrative reasoning* spielt im PEAP eine wesentliche Rolle, da es ein Assessment ist, bei dem in einem Gespräch verschiedene Betätigungsfelder thematisiert werden. Somit stellen die Erzählungen eine wichtige Informationsquelle dar, die dann das Bewertungsverhalten der Rater prägen – *„[...] was meine Entscheidung hin zum leichten weg vom deutlichen Problem beeinflusst hat ist, dass die Mutter auch beschrieben hat, dass da einfach seit dem Schulbeginn sehr viel Selbstständigkeit da ist“* (TN A; Fall 2) oder *„ich würde es mit einem leichten Problem bewerten, eben weil der Hamid sich selbst kein Problem gibt, die Mutter schon Schwierigkeiten beschreibt, aber da relativ viele Dinge auch immer wieder relativiert, genau, ein leichtes Problem“* (TN A; Fall 1).

Das *conditional reasoning* findet häufig dann Anwendung, wenn es, um die weitere Planung der Therapie geht – *„allgemein ist es für alle eine leichtes Problem bis hin zum Plus oder gar keins. Ich würde jetzt auch eine zwei Plus machen. [...] obwohl sie da schon auf einem guten Weg ist. Aber das braucht man ja deswegen nicht aus den Augen verlieren. Da es auch ein wichtiges Betätigungsfeld ist“* (TN J; Fall 2) oder aber potentielle Probleme und/oder Möglichkeiten in der Zukunft angesprochen werden, die das jetzige Bewertungsverhalten beeinflussen – *„ich denke, dass die Bewertung der Problematik und die Wichtigkeit einer Veränderung in den nächsten ein bis zwei Jahren mit Sicherheit steigen werden. Da ja dann aufgrund seines Alters mehr Selbstständigkeit auch verlangt wird“* (TN H; Fall 1).

Zudem finden *narrative* und *conditional reasoning* oft zusammen Anwendung, wenn die narrativen Inhalte für zukünftige Planung genutzt werden. „*Ich würde dem ebenfalls leichtes Problem zuordnen, einfach, um auch da vielleicht der Merle nochmal aufzuzeigen, was es da eben für Möglichkeiten gibt, und vielleicht auch, dass es eben besonders sein kann, auch allein zu spielen, Sachen zu machen*“ (TN A; Fall 2).

Das *interactive reasoning* wird besonders im persönlichen Kontakt zwischen Therapeut und Klient deutlich. Trotz der Bewertungssituation durch eine Videoaufnahme lässt sich das *interactive reasoning* erkennen. Dies wird in Situationen deutlich, in den der Therapeut die Emotionen der Klientengruppe thematisiert und in die Bewertung hineinfließen lässt – „*ja das wirkte jetzt sehr stimmig, da würde ich gar nichts zu sagen. Hamid macht das gerne und aus seiner Sicht auch gut*“ (TN J; Fall 1). Zudem wird von den Ratern das Verhalten der Klientengruppe interpretiert – „*beim Beobachten habe ich hier gedacht, dass der Mutter das irgendwie sehr schwer fällt, das einzuschätzen*“ (TN J; Fall 1).

Das *pragmatic reasoning* findet insgesamt deutlich weniger Anwendung als die vorangegangenen Formen. Es bezieht sich auf formale Aspekte: „*mir geht jetzt im Kopf herum, dass das mit dem Flunkern ihn vielleicht hauptsächlich im Gedächtnis war. Es aber laut Assessment hier nicht rein gehört. Daher würde ich jetzt mein Problem bei eins machen und keine Wichtigkeit und mir das mit dem Flunkern, was ja vielleicht eher Sozialverhalten ist, nochmal zusätzlich irgendwo anders notieren*“ (TN J; Fall 3). Oder es wird in Kombination mit anderen Reasoning-Formen angewendet, wie mit dem *conditional reasoning* – „*das es wichtig ist das sich da noch was verändert sei es durch, ja durch was auch immer. Behandlung oder Anpassung der Kleidung vielleicht dass er mehr allein kann vielleicht reicht es auch die Rahmenbedingungen zu verändern*“ (TN J; Fall 1).

Die verschiedenen Reasoning-Formen beeinflussen die Gesamtbewertung der Therapeuten. Je mehr Berufserfahrung dieser hat, desto sicherer und variationsreicher wird das *professional reasoning* angewendet. Jedoch bringen auch Therapeuten mit wenig Berufserfahrung das *professional reasoning* bei der Entscheidungsfindung mit ein.

Der *therapeutic use of self*, die Klientenzentrierung, *top-down* und die *bottom-up* Perspektive sowie das *professionelle Reasoning* sind Aspekte der therapeutischen Entscheidungsfindung und bilden die Grundlage der im Folgenden beschriebenen Hypothesenbildung des Therapeuten. Die Hypothesen entstehen auf dieser Grundlage und bedienen sich im Weiteren entweder umweltbezogener, personenbezogener oder struktureller Anteilen.



## 5. Hypothesenbildung

Die Hypothesenbildung des Therapeuten basiert auf drei verschiedenen Säulen, der umweltbezogenen, der personenbezogenen und der strukturellen. Diese werden im Folgenden getrennt voneinander vorgestellt. Jedoch stützen die Therapeuten ihre Bewertung in der Regel nicht nur auf eine Hypothese, sondern auf mehrere. Die Hypothesenbildung ist der abschließende Teil der Entscheidungsfindung und mündet in die Bewertung eines Betätigungsfeldes.

**Umweltbezogene Hypothesen**, die Auswirkungen auf das Bewertungsverhalten haben, beziehen sich auf die soziale, kulturelle, physische und institutionelle Umwelt. Die soziale Umwelt, die das Kind umgibt, wie z. B. die Familie, Klassenkameraden, Freunde haben Einfluss auf die Einschätzung des Kindes.

Kinder werden von ihrem sozialen Umfeld mit anderen Kindern verglichen, stellen sich selbst auch in Vergleich zu Kindern ihrer Alterskohorte – *„dass sie (Merle) erkennt oder sieht, dass sie viele Sachen nicht so gut kann, wie die anderen und sich ständig in Vergleich stellt“* (TN A; Fall 2). Dies beeinflusst die Bewertung der Therapeuten in Richtung deutlicheres Problem *„ich denke schon, dass das auch ein Punkt ist, der ein deutliches Problem darstellt, eben weil es natürlich dazu führt, gerade in der Schule, dass man sich mit anderen vergleicht“* (TN A; Fall 1). Der Vergleich zwischen den Kindern kann auch die Bewertung relativiert – *„also die Lehrer, die in der Schule halt hauptsächlich da ist und, dass sie sagt es ist kein Problem. Das muss man auch nicht verändern. Vielleicht sieht sie da auch andere Kinder die ähnlich sind und vergleicht Merle da innerhalb ihrer Klasse und ihrer Altersstufe“* (TN J; Fall 2). Auch die Therapeuten setzten als Maßstäbe vergleichende Elemente ein *„ich würde mir denken das es auf jeden Fall [...] schon sehr problematisch ist im Vergleich zu ihrer Altersgruppe“* (TN F; Fall 2).

Aus der sozialen Umwelt werden Erwartungen an das Kind gestellt, welche die Einschätzung des Betätigungsproblems beeinflussen. Die Erwartungshaltung ist gerade bei einem sichtbar körperlich eingeschränkten Kind wie Hamid geringer: *„ich habe so das Gefühl, dass sie (Mutter) da den Anspruch an Hamid noch nicht so hoch stellt, einfach aufgrund der Sehbehinderung, die er hat und der visuellen Schwierigkeiten“* (TN A; Fall 1). Zudem zeigt sich eine geschlechtsspezifische Erwartungshaltung *„habe ich so gedacht, gut ja das ist ja ein richtiger Junge [...]wenn man ihn nicht beobachtet wird er Quatsch machen“* (TN J; Fall 3).

Die Kinder erhalten unterschiedlich viel Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld bei der Ausführung von Betätigungen. Die im therapeutischen Kontext wahrgenommene Unterstützung weicht von der altersgemäßen erzieherischen Unterstützung ab. *„Er braucht, wie gesagt, überall Unterstützung und auch wieder im Hinblick auf sein Alter, würde ich hier ebenfalls mit einem deutlichen Problem*



*bewerten“ (TN A; Fall 1). Die Selbständigkeit wird als wichtiger Faktoren von Seiten der Therapeuten benannt „aufgrund der Unterstützung, die sie da noch benötigt und im Hinblick jetzt einfach auch darauf, dass sie eingeschult ist [...] da natürlich auch Unterstützung hat, aber gerade auch Thema auf die Toilette gehen nochmal, wenn man es selbstständig kann, trägt das zu einem großen Teil zur Teilhabe bei“ (TN A; Fall 2).*

Das Ausmaß der gewünschten Selbständigkeit zeigt sich ebenfalls in der kulturellen Umwelt. So stellen sich die Therapeuten bei Hamid, ein Junge mit türkischem Migrationshintergrund, die Frage, wieviel Selbständigkeit kulturell gewünscht ist – *„da war von vorneherein die Frage, wie viel Einfluss ist da einfach auch von der Familie, also wieviel wird er da wirklich gefordert, was sind da die Anforderungen und wieviel wird auch einfach hingenommen oder geduldet, vielleicht auch gar nicht gewollt.“ (TN A; Fall 1). Die Erwartungen an einen Jungen in diesem Alter sind je nach kulturellem Hintergrund anders und haben Auswirkungen auf das Betätigungsverhalten der Kinder – „was ich jetzt da noch interessant fand, dass klar wird das der Hamid wenn er nicht so viel Hilfe hat von den Rahmenbedingungen her vielleicht mehr allein macht“ (TN J; Fall 1).*

Die physische Umwelt wirkt mit unterschiedlichen Herausforderungen auf die Betätigungskompetenz der Kinder ein und beeinflusst das Bewertungsverhalten der Therapeuten. Besonders deutlich wird der Unterschied bei der Betätigungsbewältigung in Schule und häuslichem Umfeld. Hier werden die Betätigungsprobleme entweder deutlicher im schulischen Kontext wahrgenommen – *„ich denke auch mal, wenn die (Lehrer) das sieht ist das eine Gruppe. Da ist viel los, viel Ablenkung. Auditiv, visuell vielleicht kommt einer und quatscht ihn mal an oder ärgert ihn. Daher denke ich, dass die Lehrer nochmal einen anderen Blick darauf hat wie er sich in Gruppen mit sich selbst beschäftigen kann. Für sich ganz allein in seinem Zimmer ohne Ablenkung scheint es sehr gut zu gehen“ (TN J; Fall 3) oder im häuslichen Umfeld – „den Körper pflegen, da beschreibt die Mutter und auch Hamid, dass er da noch sehr viel Hilfe braucht, dass in der Schule das ganz gut klappt, aber zuhause eben sowohl beim Duschen und Waschen, dass das eben alles nur mit Hilfe ist“ (TN A; Fall 1). Die unterschiedlichen Kontexte beeinflussen das Einstufungsverhalten der Klientengruppe – „das ist jetzt ein bisschen spannend weil die Bewertungen sehr unterschiedlich sind [...] Hamid für ihn ist es überhaupt kein Problem, für die Mutter ein leichtes Problem aber sehr wichtig das sich da was ändert und die Lehrer schätzt es doch als mit einer drei [...] als schon ein deutlicheres Problem ein“ (TN F; Fall 1). Wie unter dem Punkt der Klientenzentrierung beschrieben, erschweren unterschiedliche Bewertungen der Klientengruppe es dem Therapeuten, eine Gesamtbewertung abzugeben. Jedoch hilft der Kontext, ein Verständnis für die unterschiedliche Einstufung zu gewinnen „Hamid selbst beschreibt es als deutliches Problem, seine Mutter beschreibt es ebenfalls als deutliches Problem, die Lehrer sieht kein Problem, was aber vielleicht dann einfach auch gut ist, dass das im Schulalltag gar nicht so das große*

*Thema ist. Dementsprechend würde ich das Betätigungsfeld 'auf Toilette gehen', mit einem deutlichen Problem bewerten"* (TN A; Fall 1).

Die institutionelle Umwelt zeigt sich, wenn ein Kind, wie Hamid aus Fall 1, nicht die Regelschule besucht. *„Die Lehrer sieht das als recht leichtes Problem an. Das finde ich ganz spannend. Also da hätte ich jetzt gedacht, dass die Lehrer das jetzt eher als Problem sieht. Aber gut. Das scheint auch eine Förderschule zu sein. Die scheinen da ja einige Angebote auch zu haben. Vielleicht sind da die Lehrer auch ein bisschen entspannter“* (TN H; Fall 1). Die Bewertung der Therapeuten wird durch den Besuch einer Schule für Kinder mit speziellem Förderbedarf relativiert – *„die Mutter und Hamid geben da gar keine Probleme an, die Lehrer gibt ein deutliches Problem an, ich denke, dass auch da noch einmal geguckt werden muss, da ist auf jeden Fall Förderbedarf, das wird ja in der Schule natürlich mit aufgenommen und das ist eben in dem Kontext auch alles, alles ganz klar, deswegen würde ich dort ein leichtes [...] Problem einstufen“* (TN A; Fall 1).

Die **personenbezogenen Hypothesen** beziehen sich auf Informationen, die das Kind betreffen bzw. fokussieren den erweiterten Klienten, der in dieser Studie ausschließlich die Mutter darstellt. Im CMOP-E (s. Kapitel 5.1.2) wird der Mensch in 3 Performanz-Komponenten unterteilt, die eine wichtige Voraussetzung für gelingende Betätigungsausführung darstellen: die physische, die affektive und die kognitive Komponente. Die Hypothesen der Therapeuten fokussieren sich auf diese 3 Komponenten.

Liegen bei dem Kind physische Einschränkungen vor, so werden diese von den Therapeuten thematisiert – *„für ihn (das Kind) war das ein deutliches Problem, es ging auch darum, dass das Basteln schwer ist, dass er da Probleme hat, auch wieder natürlich vor dem Hintergrund der Sehbeeinträchtigung, dass er da sicherlich schon ganz viele Strategien hat, aber dass ihm da noch viele Dinge noch nicht gelingen“* (TN A; Fall 1). Die eingeschränkten körperlichen Funktionen werden als Begründung für Alltagsschwierigkeiten herangezogen – *„ich kann mir aber vorstellen, so wie er auch am Tisch saß bei Spiel vorhin und bei der Einschränkung vom Sehen her, dass es doch schwierig ist [...] auch das was jetzt schon zum Essen erzählt wurde“* (TN F; Fall 1). Das Verständnis auf Körperfunktionsebene, warum das Kind Schwierigkeiten bei der Betätigungsausführung zeigt, führt zu relativierenden Bewertungen – *„dass das für sein Alter und für seine Einschränkung kein Problem ist, das er das erstmal ganz gut macht“* (TN J; Fall 1).

Kognitive Anteile werden im Hinblick auf die kindliche Strategieentwicklung beschrieben. Die vorhandenen und eingesetzten Strategien werden von den Therapeuten als unterstützend bewertet – *„das sie, in vielen Dingen ihre Strategie hat, aber einfach auch weiterhin noch Hilfe braucht und was da, glaube ich, auch noch zu meiner Entscheidung hin zum leichten weg vom deutlichen Problem*

*beeinflusst“* (TN A; Fall 1). Jedoch können Verständnisschwierigkeiten von Seiten des Kindes die Einschätzung einschränken, was für die Therapeuten zu einem Dilemma führt – *„mir schien erst Hamids Interesse nicht so groß an diesem Bereich [...] eigentlich scheint ihm das nicht so wichtig, ich hätte jetzt auch gedacht, er sagt ‘nein gar nicht wichtig’. Dann hat er ja doch noch Wichtigkeit drei angegeben. Ja (...) das weiß ich auch nicht, ob das wirklich seinem (...) seiner Einschätzung entspricht“* (TN J; Fall 1). Eine Betätigung nicht auszuführen bedeutet nicht, die Ausführung nicht zu können – *„so den Tisch deckt und abwischen, dass kann er, aber auf der anderen Seite beschreibt die Mutter eben auch, dass sie eigentlich komplett Essensvorbereitungen selbstständig, also ohne den Hamid macht“* (TN A; Fall 1). Hier zeigen die Kinder kognitive Vermeidungsstrategien oder ein eingeschränktes Verständnis, was die Beurteilungsfindung der Therapeuten erschwerend beeinflusst.

Zudem befinden sich die Kinder während des Interviews in einer ungewohnten Situation. Über einen längeren Zeitraum (Durchschnitt der Gespräche: 30 Minuten) wird ausführlich über den Alltag des Kindes gesprochen. So wird die emotionale Belastung der Kinder von Seiten der Therapeuten erwähnt, gerade wenn persönlichere Betätigungen wie auf die Toilette gehen, thematisiert werden – *„Ja bei Bereich drei ist mir beim Anschauen beim Hamid der Gedanke gekommen, dass es ihm vielleicht unangenehm ist diese detaillierten Fragen nochmal zu beantworten mit dem Sauberputzen und mit dem rechtzeitig gehen das er da vielleicht sozial erwünscht antwortet“* (TN A; Fall 1). Oder den Kindern fällt nicht immer etwas thematisch Passendes zu den Fragen ein: *„Sie wirkte so ein bisschen verlegen drehte die Haare, ihr fielen keine Themen ein die sie spielt oder sie wollte die nicht sagen“* (TN J; Fall 2). Zudem stehen die Kinder unter einer Erwartungshaltung z. B. von Seiten der Mutter, die während des Gespräches mit anwesend ist – *„er wirkt so ein bisschen verlegen auch. Keine Ahnung ob er das jetzt sagt oder seinen Dino dahin stellt wo es nicht ganz so gut klappt weil es (...) eher von außen an ihn heran getragen wird“* (TN J; Fall 3). Insgesamt werden während des Gespräches einige Schwächen des Kindes thematisiert, was sich in der kindlichen Reaktion widerspiegelt – *„außerdem schien es ihm ein bisschen unangenehme zu sein, dass er sagen soll dass er es irgendwie gar nicht kann“* (TN J; Fall 1). Die emotionale Beteiligung zeigt sich des Weiteren in bestärkenden Aspekten, die den Therapeuten deutlich machen, welche Relevanz das Betätigungsfeld für das Kind hat – *„ich meinte auch in ihrem Blick zu sehen, dass das Sachen sind, die sie begeistern“* (TN J; Fall 2). Hier wird die Relevanz der Einschätzung „Wichtigkeit“ deutlich *„ja und das scheint ihm sehr wichtig zu sein, ja (...) keine Ahnung ob das ein Betätigungsfeld ist, was ihm halt Spaß macht“* (TN J; Fall 3). Zudem gibt es Betätigungsfelder, die Betätigungen beinhalten, die das Kind nicht mag oder es nicht interessieren und die deshalb nicht ohne Schwierigkeiten ausgeführt werden *„Merle hat jetzt angegeben gar kein Problem aber man hat schon gemerkt so [...] fand sie die meisten Bilder da drauf einfach nicht toll“* (TN F; Fall 2). Das mangelnde Interesse spiegelt sich dann häufig in der Einschätzung der Wichtigkeit wider. Die emotionale Beteiligung wird für die Therapeuten bei der

Bewertung zu einer Unterstützung, wenn sie mit der Wichtigkeitsbewertung kongruent erscheint – *„mir erscheint er jetzt bei der Beobachtung sehr authentisch er sagt gleich `ja das kann ich alles nicht, es ist mir auch wichtig`, das finde ich eigentlich ziemlich eindrücklich“* (TN J; Fall 1).

Da die Mutter ebenfalls in das Gespräch integriert wird und eine Bewertung abgibt, wird sie als erweiterter Klient gesehen und nicht dem sozialen Umfeld zugeordnet. Für die Therapeuten ist es entscheidend, ob die Einschätzungen der Mütter für sie stimmig sind. Durch ihr Bereitschaft, über Betätigungsprobleme zu sprechen, gestalten die Mütter den Gesprächsverlauf mit und beeinflussen die Therapeuten in ihrem Bewertungsverhalten. Die Mutter von Luis thematisiert keine bis wenige Betätigungsschwierigkeiten bei ihrem Kind – *„ich kann gerade schlecht einschätzen, welchen Background es noch gibt, ich müsste die Mutter vielleicht auch erst mal näher kennenlernen, um zu sehen, wie sieht sie was, [...] vielleicht ist das gerade irgendwie eine Schutzhaltung oder so“* (TN A; Fall 3). Zudem reagiert sie auf Themen, die von ihrem Sohn angesprochen werden, überrascht *„das fand ich auch ein bisschen merkwürdig, dass die Mutter da so überrascht war, dass er das Thema Stift halten angegeben hat wobei sie auch vorher erwähnt hat, dass das eigentlich im Rahmen der ersten ergotherapeutischen Behandlung thematisiert wurde“* (TN A; Fall 3). Die Mutter strahlt eine Ungeduld aus, die die Interpretation des Therapeuten erschwert *„Puh keine Ahnung ob ich das richtig einschätze. Die Mutter ist auch so (...) keine Ahnung ungeduldig oder möchte das auch nicht so ausführen“* (TN H; Fall 3). Ist die sprachliche Kompetenz der Mutter, wie bei Fall 1, eingeschränkt, so kann die Länge des Gespräches überfordernd sein *„Das Interview geht auch schon eine halbe Stunde, vorher hat sie ja auch was ausgefüllt. Ich glaube einfach die ist durch“* (TN F, Fall 1).

**Strukturelle Hypothesen** beziehen sich auf die verschiedenen strukturellen Elemente des PEAP, die den Therapeuten bei der Bewertung unterstützen sollen. Das Betätigungsraster sowie die Kommentarbeispiele werden häufig von den Therapeuten während des Bewertungsprozesses eingesetzt. Die beiden Instrumente sind für die Therapeuten richtungsweisend, können dem Therapeuten die endgültige Bewertungsentscheidung jedoch nicht abnehmen *„Bewertungsraster und Kommentarbeispiele sagen beide zwischen zwei und drei und ich muss jetzt gucken was es ist [...]“* (TN F; Fall 1). Die Kombination aus Bewertungsraster und Kommentarbeispielen gibt den Rahmen, in den weitere Beobachtungen und Beschreibungen aufgenommen werden und den Therapeuten zur endgültigen Entscheidungsfindung führen *„Klettern, Seil springen, beim fangen [...] es sind schon mehrere Betätigungen die da schwierig sind [...] ich würde sagen, dass es sehr viele sind [...] das ist dann ein deutlich bis massives Problem, okay das Bewertungsraster gibt eine drei oder vier, Wichtigkeit ist aber sehr hoch deswegen vielleicht doch eher die vier [...] ja das ist jetzt von den Beschreibungen her vier und von den Kommentarbeispielen doch zu hoch angesetzt deswegen würde*

*ich bei der drei minus bleiben also von den Kommentarbeispielen die passen einfach nicht so ganz von der vier“ (TN F; Fall 1)*

Als weitere Entscheidungshilfe tragen Informationen aus dem freien Interview, dem Anamnesebogen, der freien Beobachtungssituation und aus dem Zusammenziehen von Informationen aus anderen Betätigungsfeldern bei. So werden Informationen aus dem freien Interview erneut aufgegriffen *„ja, die Zahnpasta drauf machen, dass war auch schon im freien Interview der Fall, dass er die nicht richtig dosiert und dass er da Hilfe braucht. Zähneputzen ist schwierig“ (TN A; Fall 1)* oder Situationen aus der freien Beobachtung hinzugezogen *„da denke ich auch an die freie Beobachtungsszene mit dieser Schaukel. Da hatte er auch Spaß und war sehr ausdauernd und experimentierfreudig“ (TN J; Fall 3)*. Es werden auch aufgrund dieser Informationen neue Fragen aufgeworfen wie *„Fraglich was mit der Verkehrssicherheit ist, weil in der Anamnese, in dem Befragungsbogen steht ja, dass er sich manchmal ablenken lässt“ (TN J; Fall 1)*

Diese Informationen machen die Situation zwar komplexer, geben aber auch relevante Anhaltspunkte für die Einschätzung. Sie ergänzen das Bild des Therapeuten und helfen, die Bewertung auf Grundlage verschiedener Quellen zu finden.

Qualitätsmerkmale wie Anstrengung, Geschwindigkeit, Sicherheit werden auf den PEAP Karten angegeben. Sie sollen der Klientengruppe eine Orientierung zur Beurteilung der Betätigungsausführung geben (Kraus & Romein 2015). Therapeuten nutzen bei der Beurteilung ebenfalls Qualitätsmerkmale. Diese werden jedoch allgemeiner formuliert. Selbständigkeit und Unterstützung formen die mögliche Teilhabe, die ein wichtiges Entscheidungskriterium für die Therapeuten darstellt *„wenn es gerade um das Thema eine gute Teilhabe zu haben am Schulalltag geht, würde ich mich dort sogar für ein massives Problem entscheiden“ (TN F; Fall 1)*. Hier werden besonders häufig die Kinder gehört und in ihrem Wunsch, Teil einer Gruppe zu sein, ernstgenommen *„es ist ihr sehr wichtig, dass sie da genauso gut ist wie die anderen Kinder, um einfach dabei zu sein [...] das nochmal zu verändern damit Merle sich da wohl fühlt und sich als erfolgreich erleben kann“ (TN J; Fall 2)*. Kinder formulieren ihre als Einschränkung wahrgenommene Teilhabe im Alltag und zeigen somit die Relevanz für das jeweilige Betätigungsfeld auf *„also ihr sind die Aktivitäten an sich wichtig oder die erfolgreiche Teilhabe zum Beispiel nicht immer die Letzte zu sein. Da angemessen mit teilnehmen zu können im Sport. [...] Ich werde jetzt Merles Wahrnehmung trauen. Für sie ist es wirklich ein deutliches Problem“ (TN H; Fall 2)*.

### 10.2.4 Zusammenfassung Ergebnisse Interpretativen Phänomenologischen Analyse

Die vier, nach IPA analysierten Therapeuten zeigen unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Gesamtbewertung der einzelnen Betätigungsfelder. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass Teilnehmer A ein Therapeut mit viel Berufserfahrung sowie ein routinierter Anwender des PEAP, ist. Er zeigt in seinem persönlichen Bewertungsstil ein eigenes, strukturiertes Vorgehen, seine Bewertung stützt sich auf verschiedene Formen des *professional reasoning*. Teilnehmer F führt im Rahmen der Studie erstmalig das PEAP durch und bringt wenig Berufserfahrung mit. Er orientiert sich bei seinem Vorgehen deutlich an der Struktur des PEAP (Einsatz Kommentarbeispiele, Bewertungsraster), bringt eigene Perspektiven in Form von Therapeutenbewertungen mit ein und nutzt wenige Aspekte des *professional reasoning*. Teilnehmer H, ebenfalls ein ungeübter PEAP Anwender, nutzt genauso wie Teilnehmer F, deutlich die Instrumente des PEAP, zeigt jedoch bei der Bewertung eine beginnende eigene Strukturierung. Seine Bewertungen begründet er mit den verschiedenen Formen des *professional reasoning*, worin seine große Berufserfahrung erkennbar wird. Ähnlich gestaltet sich die Situation bei Teilnehmer J. Er bringt deutliche Berufserfahrung mit, die besonders im *interactive reasoning*, das er bei der Bewertung verstärkt nutzt, erkennbar werden. Die Durchführung des PEAP ist für J eine neue Aufgabe. Er sucht bei der Bewertung die Konsensentscheidung der Klientengruppe oder den Mittelwert aus den Klientenbewertungen.

Somit lassen sich verschiedene Zusammenhänge zwischen der Berufserfahrung/Erfahrung mit dem PEAP einerseits und dem Vorgehen bei der Bewertungsentscheidung andererseits erkennen. Diese sind in Tabelle 68 aufgezeigt.

**Tabelle 68:** Zusammenhang zwischen Erfahrung und Vorgehen bei der Bewertung

T	Berufserfahrung & Erfahrung PEAP	Bewertungsvorgehen
<b>A</b>	Berufserfahrung: deutlich (4 J.) PEAP: routinierter Anwender (15-20x)	viel professional reasoning eigene Bewertungsstruktur
<b>F</b>	Berufserfahrung: wenig (2 Jahre) PEAP: unerfahrene Anwender (0x)	wenig professional reasoning Orientierung an Struktur PEAP
<b>H</b>	Berufserfahrung: viel (16 J.) PEAP: ungeübter Anwender (4x)	viel professional reasoning beginnende eigene Struktur mit viel Einsatz Instrumente PEAP
<b>J</b>	Berufserfahrung: deutlich (5 J.) PEAP: ungeübter Anwender (2x)	professional reasoning (interactive reasoning) sucht Struktur im PEAP (Mittelwert; Konsensbildung)

Die Teilnehmer mit viel Berufserfahrung (TN A; TN H und TN J) nutzen die verschiedenen Formen des *professional reasoning* zur Entscheidungsfindung. Je mehr Erfahrung die Teilnehmer im Umgang mit dem PEAP haben (TN A; TN H) desto häufiger wenden sie ein eigenes strukturiertes Vorgehen an. Dies schließt die Instrumente des PEAP wie das Bewertungsraster mit ein, fokussiert sich aber nicht ausschließlich darauf. Bei Teilnehmern für die in der Durchführung des PEAP noch eine neue Erfahrung darstellt (TN F; TN J) zeigt sich eine Orientierung an den vom PEAP vorgegeben Strukturen (Betätigungsraster, Kommentarbeispiele). Zudem wird die Suche nach einer eigenen Struktur durch Konsensbildung und Mittelwerte, aus den Einschätzungen der Klientengruppe deutlich.

Neben den unterschiedlichen Vorgehensweisen bei der Auswertung werden fünf Hauptaspekte deutlich, die alle Therapeuten bei der Entscheidungsfindung nutzen.

Der ***therapeutic use of self*** wird bei der Bewertung der Betätigungsfelder durch eine empathische und verständnisvolle Haltung der Therapeuten bezüglich der kindlichen oder mütterlichen Perspektive deutlich. Diese hängt stark mit der eigenen Perspektive und Relevanz, die der Therapeut der Betätigungsausführung beimisst, zusammen. Sind Betätigungen wie z. B. das sichere Verhalten im Straßenverkehr, für einen Therapeuten von großer Relevanz, so wird eine Problematik in diesem Bereich schwerwiegender bewertet, als wenn die Ausführung der Betätigung als nicht so wichtig erachtet wird. Ist die Wahrnehmung des Therapeuten und die Darstellung der Mutter nicht kongruent z. B. Mutter sieht keine Probleme, so wird die Einschätzung der Mutter kritisch betrachtet. Die Beurteilungsfähigkeit der Kinder wird in Frage gestellt, wenn der Therapeut das Gefühl hat, das Kind hat z. B. den Einsatz der PEAP-Instrumente nicht verstanden.

Die **Klientenzentrierung** wird durch die Stimme, die die Klientengruppe im PEAP-Prozess erhält erkennbar. Es ist eine große Herausforderung für die Therapeuten, die zum Teil sehr unterschiedlichen Meinungen zu vereinen. Am schwierigsten ist das, wenn alle Klienten aus der Klientengruppe eine abweichende Meinung vertreten. Hier tendieren die Therapeuten dazu, einen Mittelwert zwischen den verschiedenen Bewertungen zu errechnen. Als Unterstützung fungieren dann auch die PEAP-Instrumente wie das Betätigungsraster und die Kommentarbeispiele. Ist die Diskrepanz für den Therapeuten jedoch durch eigene Beobachtung oder durch sein Verständnis der Situation nachvollziehbar, so ist die Entscheidungsfindung deutlich einfacher. Etwas komplizierter gestaltet es sich, wenn die Klientenmeinung von der Perspektive des Therapeuten abweicht. Hier entscheidet dann der *therapeutic use of self*, inwieweit der Therapeut sich von seinen eigenen Vorstellungen und Ideen lösen kann. Sind zwei oder drei Personen aus der Klientengruppe einer Meinung, so schließen die Therapeuten sich überwiegend dieser Meinung an. Folgen sie der Meinung der Minderheit (einer Person), so tun sie dies aufgrund der hohen Wichtigkeit, die die Person der Ausführung der Betätigung beimisst. Dies ist häufig die Wichtigkeit der Kinder. Die Einschätzung der



Lehrer ist bei schulrelevanten Betätigungsfeldern wie z. B. Kulturtechniken erlernen, besonders relevant für die Gesamtbewertung der Therapeuten, da die Lehrer einen breiten Vergleich mit der Alterskohorte ziehen können.

Die beiden Denkrichtungen, **top-down** und **bottom-up**, spielen im Bewertungsprozess der Therapeuten eine Rolle. Um zu erkennen und zu verstehen, welche Relevanz und welche Bedeutung ein Betätigungsproblem für das Kind oder die Mutter hat, nutzen diese den **top-down-Ansatz**. Trotzdem werden von den Therapeuten Funktionsstörungen wie z. B. eingeschränkter Visus, Koordinationsstörung benannt. Therapeuten nutzen gemeinsam mit dem *scientific reasoning* den **bottom-up-Ansatz**, um die Betätigungsschwierigkeiten der Kinder aufgrund der eingeschränkten Funktionen zu verstehen. Hat die Funktionsstörung jedoch keine Auswirkung auf die erlebte Betätigungsausführung, so wird diese von den Therapeuten überwiegend als nicht relevant erachtet. Dies kann Auswirkungen auf die Behandlungsdauer haben. Die Therapie wird durch den Fokus auf den Alltag gezielter, vorhandene Funktionsstörungen werden nicht zwangsläufig therapiert, was die Behandlungsdauer reduzieren kann.

Bis auf das ethische Reasoning werden alle Formen des **professional reasoning** im Entscheidungsprozess der Therapeuten deutlich. Welche Anteile der Reasoning-Formen und wie diese von den Therapeuten formuliert werden, wird in Tabelle 69 dargestellt.

**Tabelle 69: Reasoning-Formen im Bewertungsprozess**

Reasoning-Formen	Merkmale	Ankerbeispiele
<b>Scientific reasoning</b>	Erfassen der <b>körperlichen</b> Einschränkungen und den <b>Auswirkungen auf den Alltag</b> des Kindes	[...] dass die Mutter sagt es ist für sie normal und sie muss Rücksicht nehmen, da Hamid ja <b>das Augenleiden hat</b> “ (TN H; Fall 1)
<b>Narrative reasoning</b>	Gespräch darüber, <b>wie</b> verschiedene <b>Betätigungen im Alltag erlebt</b> werden	[...] dass die Mutter auch <b>beschrieben hat</b> , dass da einfach seit dem Schulbeginn <b>sehr viel Selbständigkeit da ist</b> “ (TN A; Fall 2)
<b>Conditionale reasoning</b>	Weitere <b>Planung</b> der Therapie  Potentielle <b>Probleme</b> oder <b>Möglichkeiten</b> in der Zukunft	[...] das braucht man ja nicht <b>aus den Augen verlieren</b> “ (TN J; Fall 2)  [...] die Bewertung der Problematik und die Wichtigkeit einer Veränderung <b>in den nächsten ein bis zwei Jahren steigern werden</b> [...]“ (TN H; Fall 1)
<b>Reasoning-Formen</b>	<b>Merkmale</b>	<b>Ankerbeispiele</b>
<b>Interactive reasoning</b>	<b>Emotionen</b> der Klientengruppe thematisieren  <b>Verhalten</b> der Klientengruppe	„ja, das wirkt jetzt <b>sehr stimmig</b> [...]“ (TN J; Fall 1)  „[...] der Mutter das irgendwie <b>sehr</b>



Reasoning-Formen	Merkmale	Ankerbeispiele
	interpretiert	<b>schwer fällt</b> das einzuschätzen“ (TN J; Fall 1)
<b>Pragmatic reasoning</b>	<b>Formale Aspekte</b>	„[...] es aber <b>laut Assessment</b> hier <b>nicht rein gehört.</b> “ (TN J; Fall1)

Zudem werden auch zwei Reasoning-Formen in Kombination verwendet. So z. B. das conditional und das narrative reasoning, wenn die narrativen Inhalte für die zukünftige Planung genutzt werden. Oder das conditional und das pragmatische Reasoning wenn mögliche Veränderungen der Rahmenbedingungen angedacht werden.

Die hier zusammengefassten Aspekte der therapeutischen Entscheidungsfindung sind die Grundlage für die im Folgenden beschriebenen Hypothesen. Die Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung lässt sich somit in zwei Schritten beschreiben. Im ersten Schritt sammeln und interpretieren die Therapeuten die Informationen mit Hilfe verschiedener Konstrukte z. B. dem *therapeutic use of self*. Im zweiten Schritt fließen diese Informationen ein und unterstützen die Hypothesenbildung aus der sich die Gesamtbewertung des Therapeuten generiert. Die Hypothesen haben verschiedene Schwerpunkte. Sie beziehen sich entweder auf die Umwelt, die Person oder strukturelle Bedingungen. Bei der Entscheidungsfindung bedienen sich die Therapeuten in der Regel nicht nur einer, sondern mehrerer Hypothesen, die jedoch zum besseren Verständnis im Folgenden getrennt voneinander zusammengefasst werden.

Formulieren die Therapeuten **umweltbezogene Hypothesen**, so orientieren sie sich an Informationen, die aus der sozialen, kulturellen, physischen und/oder institutionellen Umwelt kommen und dem Therapeuten Entscheidungsrelevant erscheinen.

Kinder wachsen in verschiedenen sozialen Gruppen auf. Ab dem Eintritt in die Schule ist die Klassengemeinschaft eine wichtige und prägende soziale Gruppe für das Schulkind. Die Kinder werden hier (aber auch schon früher) mit anderen Kindern verglichen z. B. durch die Lehrer und stellen sich selbst auch in Vergleich zu den Leistungen der Mitschüler. Die soziale Umwelt wirkt hier mit dem Vergleich untereinander „die kann schon – ich noch nicht“ oder durch dritte Personen „der Max arbeitet schon selbständig, Mia braucht noch Hilfe“ als Einflussfaktor bei der Bewertung. Die Bewertung variiert entweder Richtung deutliches Problem („das müsste sie doch schon längst können“) oder weniger deutliches Problem („wenn die Lehrer das nicht als problematisch sieht“). Zudem ist die Erwartungshaltung, die an ein Kind herangetragen wird nicht einheitlich. Von Kindern mit körperlichen Einschränkungen und/oder von Kindern, die eine Förderschule besuchen wird weniger erwartet, gerade in Bezug auf die Selbständigkeit.

Geschlechtsspezifische Erwartungshaltungen prägen das Bewertungsverhalten der Therapeuten. Einem Jungen wird mehr störendes Verhalten zugestanden als einem Mädchen. Wieviel Unterstützung ein Kind aus der sozialen Umwelt erhält ist zudem ausschlaggebend für die Bewertung der Therapeuten. Die wahrgenommene Unterstützung weicht von der altersgemäßen, erzieherischen Unterstützung ab und wirkt sich negativ auf die von den Therapeuten anvisierte Selbständigkeit aus.

Die Selbständigkeit, ein wichtiges ergotherapeutisches Ziel, wird kulturell betrachtet relativiert. So wird bei einem Kind mit Migrationshintergrund viel Unterstützung wahrgenommen, jedoch in Betracht gezogen, wieviel Selbständigkeit von dem Jungen kulturell erwartet wird. Zudem sind die Erwartungen an einen männlichen Nachkommen in südeuropäischen Kulturen andere, als die an deutsche Jungen im gleichen Alter. Dies beeinflusst die Betätigungsperformanz und die Selbständigkeit der befragten Kinder und hat Einfluss auf das Bewertungsverhalten der Therapeuten.

Die physische Umwelt gestaltet das Betätigungssetting, d. h.: Wo eine Betätigung ausgeführt wird. So gelingt die Ausführung einer Betätigung im häuslichen Umfeld deutlich besser als in der Schule, da das Kind z. B. weniger abgelenkt wird. Oder aber die Durchführung gelingt in der Schule besser, da dort z. B. Hilfsmittel konsequent eingesetzt werden. Die unterschiedlichen Kontexte führen zu differierenden Einstufungen der Klientengruppe, was den Therapeuten vor die herausfordernde Aufgabe stellt, eine Gesamtbewertung zu finden, die allen Perspektiven gerecht wird. Ein errechneter Mittelwert wird diesem Anspruch nicht genüge. Jedoch hilft der physische Kontext, ein Verständnis für die unterschiedliche Bewertung zu gewinnen und in die Gesamtbewertung entsprechend einfließen zu lassen.

Beziehen sich Therapeuten auf **personenbezogene Hypothesen** so nehmen sie physische, affektive und kognitive Kompetenzen der Kinder und den erweiterten Klienten, hier der Mütter, in den Fokus, um eine Bewertungsentscheidung zu treffen.

Liegen bei dem Kind physische Einschränkungen vor, so werden diese als Begründung für Alltagsschwierigkeiten herangezogen. Dieses Verständnis führt zu einer relativierenden Bewertung von Seiten der Therapeuten.

Kognitive Einschränkungen von Seiten des Kindes wie das eingeschränkte Verständnis z. B. für die Bewertung mit den Skalen, erschwert für den Therapeuten die Einschätzung. Die Abwägung zwischen „hat das Kind Verstanden und bewertet es ebenso“ und „hat das Kind nicht verstanden, deshalb wird die Einschätzung nicht so übernommen“ ist diffizil und wird von den Therapeuten unterschiedlich wahrgenommen. Aufgrund dessen variieren die Gesamtbewertungen bei Betätigungsfeldern mit möglichen Verständnisproblemen von Seiten des Kindes deutlich. Haben Kinder kognitive Strategien zur Problemlösung im Alltag gefunden, fließt dies als positiver Aspekt in die Gesamtbewertung mit

ein. Auch wenn die Ausführung noch eingeschränkt ist, unterstützen Problemlösestrategien das Kind und die Betätigungsschwierigkeit wird als nicht so massiv eingeschätzt.

Affektive Anteile beeinflussen den Gesprächsverlauf. Während des Gespräches werden persönlichere Betätigungen wie der Toilettengang thematisiert. Hier kann das Kind z. B. Scham empfinden und nicht so ausführlich auf die gestellten Fragen antworten. Zudem kann es dem Kind unangenehm sein, ausführlich auf Betätigungen einzugehen, die es nicht so gut kann. Sozial erwünschte Antworten können auch durch die Anwesenheit der Mutter hervorgerufen werden. Vermutungen in dieser Richtung beeinflussen den Therapeuten in seinem Bewertungsverhalten. Ebenso ist die emotionale Beteiligung von Seiten des Kindes ein ausschlaggebender Faktor. Kinder zeigen in bestärkendem Verhalten (Begeisterung, Freude, Interesse), welche Relevanz das Betätigungsfeld für sie hat. Genauso reagieren sie mit Desinteresse, Lustlosigkeit auf Betätigungsfelder, die sie nicht ansprechen. Die emotionale Beteiligung zeigt sich gut an der Einschätzung der „Wichtigkeit“ und ist dann eine Unterstützung für die Therapeuten, wenn emotionale Beteiligung und Wichtigkeitsbewertung kongruent sind.

Das Verhalten der Mutter während des Gespräches beeinflusst die Therapeuten in ihrer Bewertung. Sie stellen sich die Frage, ob sie der Einschätzung der Mutter „trauen“ können. Geben Mutter und Kind ein stimmiges Bild, so stellen die Therapeuten die Einschätzung der Mutter nicht in Frage. Unstimmigkeiten ergeben sich, wenn die Mutter wenig bis keine Schwierigkeiten thematisiert oder nicht der Situation angemessenes Verhalten (Lachen an unpassenden Stellen, Ungeduld) zeigt. Zudem kann die Anforderung des Gespräches eine Mutter mit eingeschränkten sprachlichen Kompetenzen überfordern.

**Strukturelle Hypothesen** beziehen sich auf die Informationen, die aus den vorgegebenen Strukturen gewonnen werden und den Therapeuten in seiner Entscheidungsfindung leiten.

Das Bewertungsraster und die Kommentarbeispiele spielen hier eine wichtige Rolle. Sie werden oft eingesetzt und sind richtungsweisend für die Bewertung. Jedoch können sie dem Therapeuten die endgültige Bewertungsentscheidung häufig nicht abnehmen. Die beiden Instrumente formen den Rahmen, in dem die Bewertung stattfindet. Die Therapeuten lassen Informationen aus dem freien Interview, dem Anamnesebogen, der freien Beobachtungssituation und aus anderen Betätigungsfeldern miteinfließen. Diese Informationen machen die Situation komplexer, geben aber auch entscheidende Anhaltspunkte für die Einschätzung.

Die auf den PEAP Karten vorgegebenen Qualitätsmerkmale werden in den einzelnen Betätigungsfeldern beachtet. Betätigungsfeldübergreifend wird als Qualitätsmerkmal von den Therapeuten die Selbständigkeit und die Unterstützung im Hinblick auf eine mögliche Teilhabe

formuliert. Besonders die kindliche Perspektive, Teil einer Gruppe zu sein, wird von den Therapeuten als wichtiges Bewertungskriterium genutzt.

### 10.2.5 Ergebnisse zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse & quantitativen Datenanalyse Fragebogen

Der Fragebogen wird, wie in Kapitel 9.2.3 beschrieben in Anlehnung an die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet sowie die quantitativen Daten mit Excel (Version 2010) erfasst. Die gesamte Datengrundlage liegt der Arbeit im DVD-Anlageband (s. Anlage A) bei. Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse aus der quantitativen Datenerhebung und im Anschluss die qualitativen Daten dargestellt.

#### 10.2.5.1 Einschätzung Gesamtbewertung

Die Rater schätzen ihre Gesamtbewertung für jeden Fall (1; 2; 3) auf einer Skala von leicht/mittel/schwer und dem Item „nicht möglich“ ein.

Fall 1 wird bei der Einschätzung bezüglich der eigenen Bewertung von den Ratern (n=10) als überwiegend mittelschwer eingestuft. Zwei Rater (D & J) geben an, dass ihnen die Bewertung schwer gefallen ist. Einer ist ungeübt in der Anwendung des PEAP, er hat es seit 2014 2x durchgeführt. Der andere ist mit 5x Durchführung seit 2011 ein geübter Anwender im Anfangsstadium. Beide Teilnehmer haben 5 Jahre Berufserfahrung in der Arbeit mit Kindern und sind somit deutliche Berufserfahrung in diesem Bereich. Jedoch liegen sie hinter den Teilnehmern mit viel Berufserfahrung (16-24 Jahre). Kein Rater gibt eine leichte Bewertung. Fall 1 wird bei der Gesamteinschätzung im Hinblick auf die eigene Bewertung von den Ratern in Relation zu Fall 2 und 3 als schwierigster Fall empfunden.

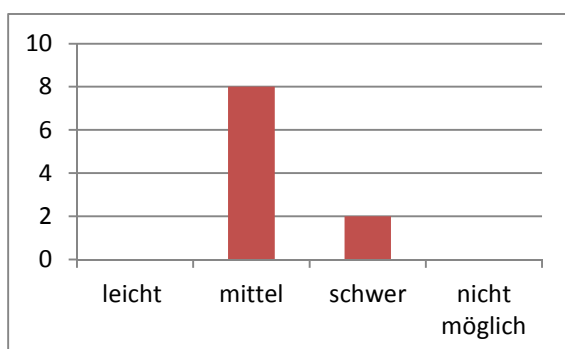


Abbildung 24: Einschätzung Gesamtbewertung Fall 1

Begründet wird die Einschätzung insgesamt damit, dass der Fall viele Facetten enthält und somit sehr viele Informationen, die in die Bewertung hineinfließen und strukturiert werden müssen (TN G, A, I). Aufgrund der Komplexität des Falles, fehlt den Bewertern zum Teil noch weitere Information, sodass

sich eine Einschätzung als herausfordernd gestaltet (TN A, H). Besonders zusätzliche Ergänzungen/Erklärungen durch die Lehrer (TN E, H, J) werden als hilfreich empfunden.

Zudem zeigt der befragte Junge nach Meinung einiger Rater ein eingeschränktes Aufgabenverständnis, sowie eine reduzierte Konzentrationsspanne. Aufgrund dessen ist zum Teil unklar, inwiefern das Kind die Aufgabenstellungen adäquat versteht (TN B, E). Ebenso wird als einschränkend und dadurch schwer beurteilbar, das Sprachverständnis der Mutter erwähnt (TN J). Ein weiterer erschwerender Moment stellt eine Einschätzung des Raters auf der Grundlage von unterschiedlichen Bewertungen innerhalb der Klientengruppe, dar (TN A, F). Diese Situation zeigt sich bei Fall 1 in verschiedenen Betätigungsfeldern.

Fall 2 wird von den Ratern (n=9) auf der gleichen Skala als gleichmäßig mittel bzw. leicht eingestuft. Vier Rater (A, D, F, J) geben, an die Gesamtbewertung ist ihnen leicht gefallen. Die anderen fünf (B, C, E, H, I) nehmen die Gesamtbewertung als mittelschwer wahr. Kein Rater gibt eine schwere Bewertung. Ein Rater gibt für diesen Fall keinen gültigen Fragebogen ab. Fall 2 wird bei der Gesamteinschätzung im Hinblick auf die eigene Bewertung von den Ratern als mittelschwer in Relation zu Fall 1 und 3 empfunden.

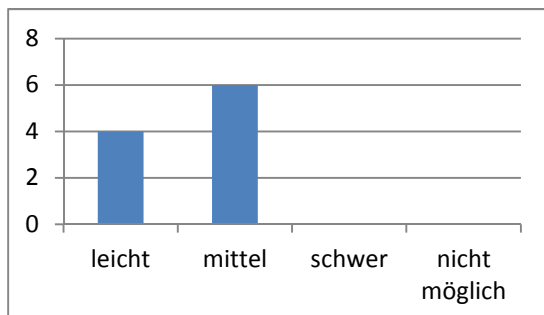


Abbildung 25: Einschätzung Gesamtbewertung Fall 2

Auch hier zeigen sich Schwierigkeit bei der Einstufung, wenn unterschiedliche Bewertungen von den Betätigungsfeldern von Seiten der Klientengruppe vorgenommen werden (TN B, E).

Leicht gestaltete es sich für die Rater, die das Kind als sehr klar und die Mutter informiert und eindeutig wahrnehmen (TN A). Die Mutter zeigt *ein gutes Gespür und hat teilweise unbekannt Ursachen zur Sprache gebracht* (TN J). Dies führt dazu, dass aus Sicht der Rater eine gute Grundlage an Informationen zur Gesamtbewertung vorliegt (TN D).

Als überwiegend leicht wurde die Bewertung von Fall 3 wahrgenommen. Sechs Rater geben diese Einschätzung bei Frage 7 des Fragebogens an, drei Rater (A, D, J) empfinden die Gesamtbewertung bei diesem Fall als mittelschwer. Diese drei Rater haben vier- bzw. zweimal fünf Jahren Berufserfahrung. Ihre Expertise im Umgang mit dem PEAP ist heterogen. Teilnehmer A ist mit 15-10x

ein seit 2011 praktizierender, routinierter PEAP-Anwender, Teilnehmer D mit fünfmal ein seit 2011 geübter PEAP-Anwender im Anfangsstadium und Teilnehmer J mit zwei Anwendung ein seit 2014 ungeübter PEAP-Anwender. Kein Rater gibt eine schwere Bewertung. Ein Rater gibt für diesen Fall keinen gültigen Fragebogen ab. Fall 3 wird bei der Gesamteinschätzung im Hinblick auf die eigene Bewertung von den Ratern in Relation zu Fall 1 und 2 als einfachster Fall empfunden.

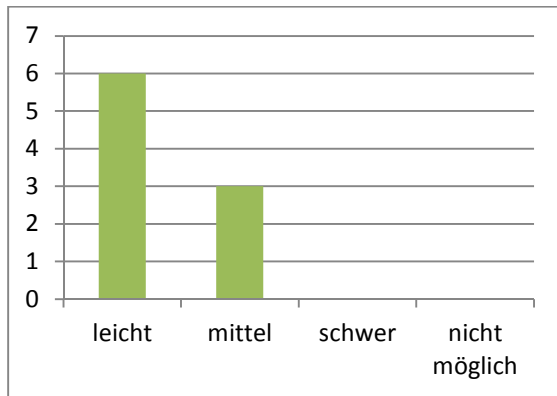


Abbildung 26: Einschätzung Gesamtbewertung Fall 3

Da das Kind und auch die Mutter kaum Alltagsprobleme benennen (TN C; TN F), waren die *Aussagen klar* (TN H), sowie die *Interviewsequenzen kurz und klar* (TN G, H). Die *Bewertungen der Betätigungsfelder waren ähnlich* (TN I), was die Gesamtbewertung durch den Rater erleichtert.

Etwas erschwert wird die Bewertung durch die Unsicherheit von Seiten der Rater, ob die Darstellung der Mutter mit der therapeutischen Sicht übereinstimmt (TN D). Zudem werden *die Infos von der Mutter als sehr oberflächlich und unklar* (TN A) wahrgenommen. Auch differierende Aussagen zwischen der Klientengruppe werden erneut als schwierig beschrieben (TN B).

#### 10.2.5.2 Hemmende und fördernde Einflussfaktoren

Um die hemmenden und fördernden Einflussfaktoren aus den verschiedenen Perspektiven differenziert darzustellen, werden auf Grundlage des Datenmaterials Subkategorien entwickelt, die den bereits konzipierten Hauptkategorien (HK) (vgl. Kapitel X) zugeordnet werden.

Die Nennungen aus den Fragebögen werden im ersten Schritt schriftlich so übernommen, wie sie von den Ratern angegeben werden. In Schritt 2 werden die für die Beantwortung der Forschungsfrage irrelevanten Teile aus der Passage entfernt. Im weiteren Verlauf werden Aussagen mit ähnlichen Inhalten untereinander geschrieben und mit einem passenden Oberbegriff (= Subkategorie) belegt. Beispielhaft wird dies in Tabelle 70 für die HK „hemmende Aspekte Therapeut“ und HK „unterstützende Aspekte Therapeut“ dargestellt.

Tabelle 70: Beispielhafte Darstellung der Entwicklung von Subkategorien Vorgehen 1

Schritt 1: Paraphrasen aus den Fragebögen	Schritt 2: reduzierte Paraphrasen	Bezeichnung der Subkategorie
<i>Der Schwerpunkt lag auf den funktionellen Fähigkeiten, mir fehlten die Begründungen des Kindes und der Mutter über Wichtigkeit; warum und was ist der Klientengruppe so wichtig; teilweise fehlten mir Hintergrundinfos über die Familie und Verhalten des Kindes (Fall 1 TN D).</i>	<i>(Der Schwerpunkt lag auf den funktionellen Fähigkeiten), mir fehlten die Begründungen des Kindes und der Mutter über Wichtigkeit; warum und was ist der Klientengruppe so wichtig; teilweise fehlten mir Hintergrundinfos über die Familie und Verhalten des Kindes (Fall 1 TN D)</i>	<b>Fehlendes Nachfragen</b>
Schritt 1: Paraphrasen aus den Fragebögen	Schritt 2: reduzierte Paraphrasen	Bezeichnung der Subkategorie
<i>Die Therapeutin hat sich Zeit gelassen, Ruhe ausgestrahlt und sehr differenziert nachgefragt, hat mir sehr geholfen. Sie ist sehr gut auf das Kind eingegangen und hat sich auch oft vergewissert, ob sie recht verstanden hat. Dadurch wurden die Aussagen differenzierter (Fall 2 TN I)</i>	<i>(Die Therapeutin hat sich Zeit gelassen, Ruhe ausgestrahlt und) sehr differenziert nachgefragt, (hat mir sehr geholfen). Sie ist sehr gut auf das Kind eingegangen und hat sich auch oft vergewissert, ob sie recht verstanden hat. Dadurch wurden die Aussagen differenzierter (Fall 2 TN I)</i>	<b>Nachfragen/vertiefende Fragen</b>

Manche Aussagen enthalten zwei unterschiedliche Informationen. Hier wird ein Zwischenschritt (Schritt 3) eingeschoben, bei dem die Aussagen inhaltlich getrennt und thematisch den passenden Aussagen der anderen Teilnehmer zugeordnet werden. Beispielhaft wird dies in Tabelle 71 für die HK „unterstützende Aspekte Kind“ dargestellt.

Tabelle 71: Beispielhafte Darstellung der Entwicklung von Subkategorien Vorgehen 2

Schritt 1: Paraphrasen aus den Fragebögen	Schritt 2: reduzierte Paraphrasen	Schritt 3: Trennung der Paraphrasen	Bezeichnung der Subkategorien
Kann Probleme gut benennen; ist größtenteils reflektiert (Fall 3 TN B)	Keine Reduzierung notwendig: <b>Kann Probleme gut benennen; ist größtenteils reflektiert</b> (Fall 3 TN B)	Kann Probleme gut benennen (Fall 3 TN B)  ist größtenteils reflektiert (Fall 3 TN B)	konkretes Benennen   reflektiertes Verhalten

Nach mehrmaligem Durcharbeiten der Daten und Anpassungen der Subkategorien entsteht folgendes Kategoriensystem:



Abbildung 27: Kategoriensystem Ergebnisse Fragebogen



### 10.2.5.2.1 Hauptkategorien 1: Unterstützende und hemmende Aspekte Therapeut

17mal geben die Rater an, dass sie während der standardisierten Befragung von Fall 1,2 und 3 überwiegend unterstützende Verhaltensweisen von Seiten des Therapeuten wahrgenommen haben, 12mal nehmen sie keine unterstützenden Verhaltensweisen des Therapeuten wahr (n=29). Ein Rater beantwortet diese Frage zu Fall 3 nicht.

Am häufigsten nehmen die Rater unterstützende Verhaltensweisen von Seiten der Therapeuten bei Fall 2 wahr, keine unterstützenden Verhaltensweisen werden am häufigsten bei Fall 1 angegeben.

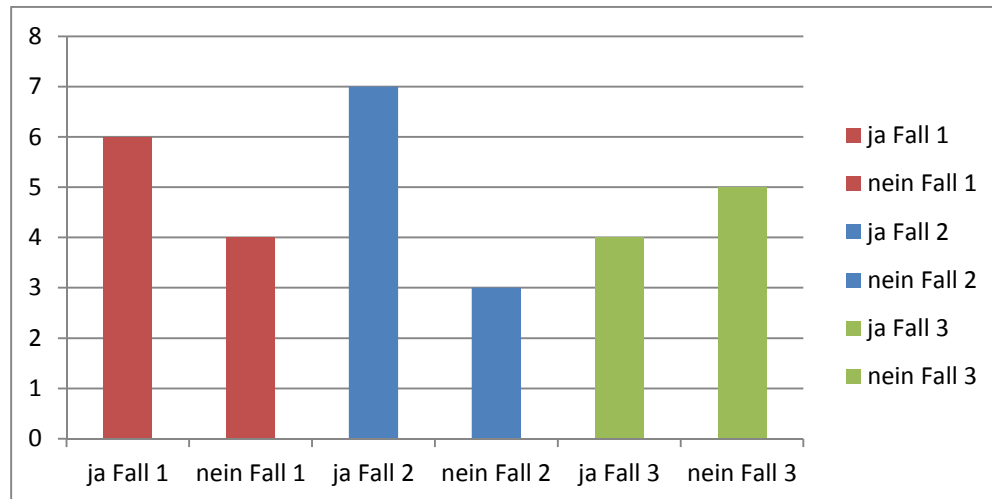


Abbildung 28: Anzahl unterstützender Verhaltensweisen Therapeut

Die Rater nehmen zudem insgesamt weniger hemmende Verhaltensweisen der Therapeuten im Hinblick auf die Bewertung wahr. So wird insgesamt elfmal hemmendes Verhalten angegeben, 19mal jedoch nicht (n=30). Verteilt auf die drei untersuchten Fälle ergibt dies das in Abbildung 29 dargestellte, ausgewogene Bild, bei dem alle drei Fälle mit der Abweichung von einer Nennung (Fall 3, Luis) einheitlich bewertet werden.

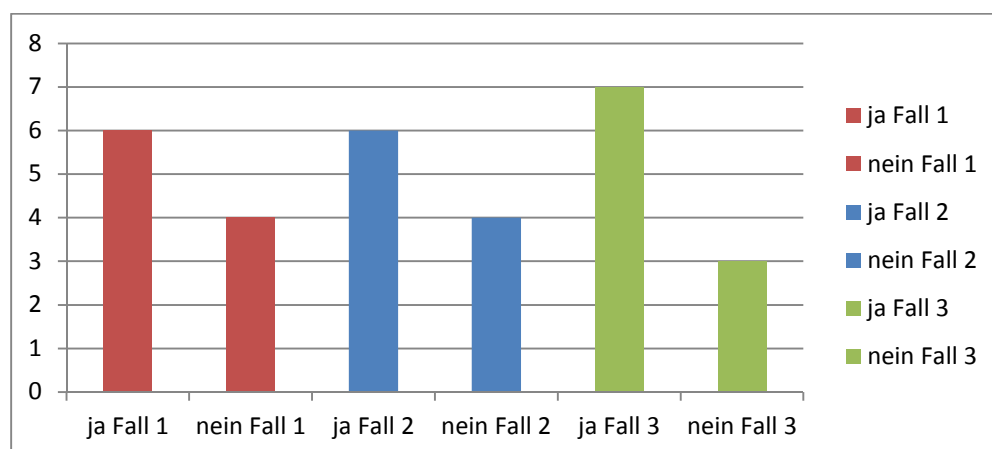


Abbildung 29: Anzahl hemmender Verhaltensweisen Therapeut

Hauptkategorie 1a: Unterstützende Aspekte Therapeut

Folgende Subkategorien werden in Bezug auf unterstützende Aspekte von Seiten des Therapeuten aus dem Material gewonnen.

**Tabelle 70:** Subkategorien unterstützende Aspekte Therapeut

HK 1a: Unterstützende Aspekte Therapeut	Definition der Subkategorie
<b>Nachfragen/vertiefende Fragen</b>	Art der Gesprächsführung, um angemessen genauere Informationen zu einem Aspekt zu erhalten.
<b>Zusammenfassen</b>	Art der Gesprächsführung, um das Gespräch angemessen zu strukturieren.
<b>Offene Fragen</b>	Art der Gesprächsführung, um dem Kind die Möglichkeit einer beschreibenden Antwort zu geben.
<b>Struktur</b>	Impliziert das Verhalten des Therapeuten während des Gespräches im Umgang mit den Materialien.
<b>Haltung</b>	Beschreibt das Verhalten des Therapeuten, dass förderlichen Einfluss auf das Gespräch hat.

Die Art der Gesprächsführung wird in Bezug auf verschiedene Aspekte als Unterstützung wahrgenommen. Das **Nachfragen/vertiefende Fragen** wird in allen drei Fällen als wichtig bewertet. So wird von Teilnehmern das *Detaillierte vertiefendes Nachfragen hinsichtlich der genannten Problembereiche* (Fall 2 TN B) und das *genaue Nachfragen z. B. beim Anziehen „wie war das heute Morgen, wer hat den Pulli angezogen?“* (Fall 1 TN J) als positiv bewertet. Vertiefendes Nachfragen auf der kindlichen Ebene wie *Beispiele genannt und detailliert befragt* (Fall 2 TN E) oder *Was genau ist daran problematisch* (Fall 1 TN B) wird ebenfalls als unterstützend angesehen.

Das **Zusammenfassen** von wichtigen Gesprächselementen durch Erläuterungen wie *„Ich habe jetzt notiert, dass...“* (Fall 1 TN J) oder allgemein *Zusammenfassungen und Erklärungen* (Fall 2 TN J) strukturieren den Gesprächsablauf.

Das Stellen **offener Fragen** zu den *verschiedenen Betätigungsfeldern* wie z. B. *„was spielst du denn?“* wird als hilfreich erlebt, da *durch offene Fragen Kind und Mutter zum Reden animiert* (Fall 1 TN D) werden.

Die Vorgehensweise der Therapeutin wird als hilfreich empfunden, wenn *sie strukturiert vorgeht und bei den Betätigungsfeldern bleibt* (Fall 2 TN D) und *sehr klare Anweisungen* (Fall 3 TN G) gibt (**Struktur**).

Als förderliche **Haltung** der Therapeutin wird Ruhe und Gelassenheit beschrieben. So gibt TN I (Fall 2) an, *die Therapeutin hat sich Zeit gelassen, Ruhe ausgestrahlt* oder *das Abwarten der Therapeutin ermöglicht, dass Kind und Mutter offen erzählten* (Fall 2 TN D). Als weitere Punkt wird *sehr offen, viel Humor* (Fall 1 TN A) genannt.

### Hauptkategorie 1b: Hemmende Aspekte Therapeut

Im Hinblick auf die als einschränkend empfundenen Verhaltensweisen von Seiten des Therapeuten, werden folgende Kategorien identifiziert:

**Tabelle 71:** Subkategorie Hemmende Aspekte Therapeut

HK 1b: Hemmende Aspekte Therapeut	Definition der Subkategorie
<b>Geschlossene Fragen</b>	Art der Gesprächsführung, die das Kind in seinen Antwortmöglichkeiten einschränkt und/oder Antwortmöglichkeiten vorgibt.
<b>Fehlendes Nachfragen</b>	Art der Gesprächsführung die dazu führt, dass Gesagtes von Seiten des Kindes vom Rater nicht angemessen verstanden wird und/oder es dem Rater unklar bleibt ob das Kind die Frage verstanden hat.
<b>Kein adäquater Einsatz Material</b>	Das PEAP-Assessment bzw. Teile aus dem PEAP-Assessment werden nicht wie in den Seminaren und im Handbuch beschrieben umgesetzt.
<b>Umfang</b>	Unangemessenes Verhalten des Therapeuten in Bezug auf die Länge des Gespräches.

Im Gegensatz zur förderlichen Gesprächstechnik werden bei den hemmenden Aspekten hinderliche Formen der Gesprächsführung beschrieben. So werden **geschlossene Fragen** als ungünstig geschildert, da *durch geschlossene Fragen das Kind und die Mutter verunsichert wirken; eher offene Fragen als ja/nein Fragen* (Fall 1 TN D) oder *geschlossene Fragen den Gesprächsfluss hindern* (Fall 3 TN D). Die oben als positiv beschriebene Struktur kann negative Auswirkungen haben, wenn sich die Therapeutin *sehr eng an Karten (Qualitätsmerkmale und Vorschläge) hält, da dadurch kleine Inhalte bzw. persönliche Anteile fehlen* (Fall 2 TN A).

Das **fehlende Nachfragen** stellt den Gegenpol zum vertiefenden Fragen. Durch wenig konkretes Nachfragen fehlten den Ratern inhaltliche Informationen zur Konkretisierung wie: *mir fehlten die Begründungen des Kindes und der Mutter über Wichtigkeit; warum und was ist der Klientengruppe so wichtig; teilweise fehlten mir Hintergrundinfos über die Familie und Verhalten des Kindes* (Fall 1 TN D) oder *einzelne Zwischenfragen wären gut gewesen; hätten Bild vervollständigt* (Fall 1 TN A). Zudem hätten *kulturelle Hintergrund detaillierter im Hinblick auf das Betätigungsverhalten erfragt werden können* (Fall 1 TN A). Aber auch das Verständnis von Seiten des Kindes bleibt bei wenig konkretem Nachfragen unklar: *an einigen Punkten war ich mir nicht sicher ob der Klient die Fragestellung richtig erfassen konnte* (Fall 1 TN H) und *die sprachlichen Umschreibungen waren für das Kind sehr schwer – es war unklar, inwiefern das Kind die Formulierungen verstanden hat* (Fall 1 TN C).

Hemmend empfinden die Rater ebenfalls den **nicht adäquaten Einsatz des Materials** in Bezug auf die Betätigungsfelder: *Betätigungsfelder wurden inhaltlich größtenteils nicht ausführlich erläutert* (Fall 3 TN B) oder *die Inhalte der jeweiligen Betätigungsfelder wurden weder beim Kind noch bei der Mutter besprochen* (Fall 2 TN B) sowie *Kein vollständiges Abfragen der Betätigungsfelder* (Fall 3 TN F). Aber auch in Bezug auf weitere Materialien so beschreibt TN B für Fall 3: *Wichtigkeit und Einsatz der Murmeln war meines Erachtens nicht korrekt wiedergegeben (1 Murmel = wenn du möchtest, dass es sich nicht verändert; 2 Murmeln = dass es sich verändert; 3 Murmeln = dass es sich sehr verändert; 4 Murmeln = dass es sich unbedingt verändert)*. Dies kann Einfluss auf das Verständnis und somit auf das Ergebnis haben.

Der **Umfang** des Assessments und hier konkret *die Ausführlichkeit und Länge* (Fall 2 TN G) wird zum Teil als hemmenden Aspekt beschrieben: *Vor allem zum Ende hin erschien es mir so, dass die Therapeutin aufgrund des Konzentrationsabbaus des Kindes Antworten ohne zu hinterfragen angenommen hat* (Fall 1 TN C).

#### 10.2.5.2.2 Hauptkategorien 2: Unterstützende und hemmende Aspekte Kind

Die Rater nannten 17mal unterstützende Verhaltensweisen des Kindes in Bezug auf alle drei Fälle, 12x konnten sie keine hilfreichen Aspekte erkennen, 1 Rater beantwortete diese Frage nicht für Fall 3.

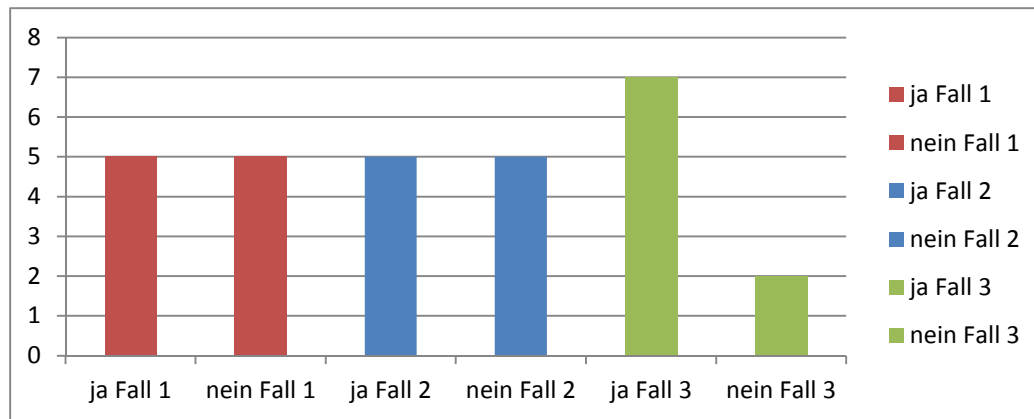


Abbildung 30: Anzahl unterstützende Verhaltensweisen Kind

Am häufigsten wird Luis (Fall 3), mit 7 Nennungen, unterstützendes Verhalten zugeschrieben, Fall 1 und 2 halten sich in Bezug auf das Verhalten des Therapeuten die Waage.

Betrachtet man die Nennungen, die sich auf hemmende Verhaltensweisen der Kinder beziehen, so wird deutlich, dass das Verhalten von Hamid (Fall 1) mit acht Nennungen als am schwierigsten Wahrgenommen wurde.

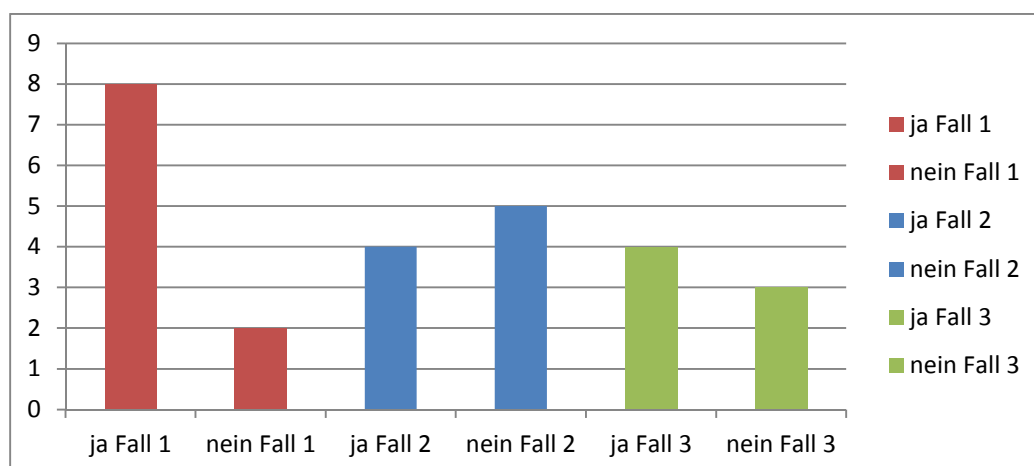


Abbildung 31: Anzahl hemmender Verhaltensweisen Kind

Hauptkategorie 2a: Unterstützende Aspekte Kind

Folgende Subkategorien werden in Bezug auf unterstützende Aspekte von Seiten des Kindes aus dem Material gewonnen.

Tabelle 72: Subkategorien unterstützende Aspekte Kind

HK 2a: Unterstützende Aspekte Kind	Definition der Subkategorie
<b>konkretes Benennen</b>	Sprachlich-kognitive Fertigkeit des Kindes, die dazu führt, dass das Kind sich während des Gespräches differenziert verbal äußert.
<b>Emotionalität</b>	Emotionale Fertigkeiten des Kindes, die dazu führen, dass die verbalen Äußerungen kongruent mit nonverbalen Anteilen unterlegt werden.
<b>Reflektiertes Verhalten</b>	Emotional-kognitive Fertigkeit des Kindes, die dazu führt, dass es sein Handeln im Alltag kritisch beschreibt (compliance).
<b>Mitarbeit</b>	Verhalten des Kindes, das dazu führt, dass das Gespräch über die Alltagsschwierigkeiten problemlos durchgeführt werden kann.

Wenn das Kind *Betätigungen die für sie problematisch sind sehr gut benennen kann* (Fall 2 TN B) oder *Betätigungen konkret beschreibt* (Fall 1 TN G; Fall 3 TN G), was unter die Kategorie **konkretes Benennen** fällt, so unterstützt das das Bewertungsverhalten der Rater. Es wird als vorteilhaft beschrieben, wenn das Kind *Bilder zum Erzählen nutzt* (Fall 2 TN J), *es viele Gedanken lauf formuliert „was mache ich jetzt, wenn nur das nicht klappt...“* (Fall 2 TN J) oder *wenn das Kind differenzierte Aussagen trifft, wird deutlich, dass die Fragen verstanden wurden* (Fall 3 TN C).

Ein Kind, das **emotionale Anteile** zeigt, wie *Gestik, Mimik, Stimmfärbung* (Fall 3 TN J) vereinfacht die Bewertung für die Rater. *Die Stimmlage des Kindes z. B. bei Betätigungsfeld 12 machte deutlich, dass es sich um eine bedeutungsvolle Aktivität handelt, bei 15 eher nicht (Desinteresse)* (Fall 1 TN J) oder *es wurde deutlich was dem Kind wirklich wichtig ist und dass er einen sehr hohen Anspruch ans sich hat [...]* (Fall 3 TN I).

Zeigt ein Kind **reflektiertes Verhalten** (Fall 3 TN B) so ist dies förderlich, da es *sich informativ zeigt, reflektierte seine Fähigkeiten und beschreibt diese detailliert* (Fall 3 TN D).

Als förderlich bezüglich der **Mitarbeit** wird die Aufmerksamkeit/Konzentration erwähnt wie das *Kind war sehr aufmerksam; hörte genau zu; fragte nach wenn ihm etwas unklar war* (Fall 2 TN C) und *arbeitet konzentriert mit* (Fall 3 TN B).

Hauptkategorie 2b: Hemmende Aspekte Kind

Aus dieser Hauptkategorie konnten folgende Subkategorien gewonnen werden:

Tabelle 73: Subkategorien hemmende Aspekte Kind

HK 2b: Hemmende Aspekte Kind	Definition Subkategorie
<b>Eingeschränktes Sprach- und Aufgabenverständnis</b>	Reduzierte sprachlich-kognitive Fertigkeiten, die den Gesprächsablauf erschweren.
<b>Emotionale Belastung</b>	Emotionale Reaktionen des Kindes auf Gesprächsinhalte, die zeigen, dass die Situation für das Kind schwierig ist.
<b>Umgang mit Material</b>	Das Kind setzt das PEAP-Material nicht so ein, wie im Handbuch beschrieben.
<b>Reduzierte Aufmerksamkeit &amp; Konzentration</b>	Eingeschränkte kognitive Fertigkeiten, die dazu führen, dass das Kind nicht dauerhaft den Gesprächsinhalten folgen kann.

Bei den Verhaltensweisen des Kindes, die eine Bewertung erschweren wird das **eingeschränkte Sprach- und Aufgabenverständnis** genannt: *So war sehr lange Zeit (bis ca. Item 11) das Aufgabenverständnis für mich fraglich* (Fall 1 TN B) und *zu Beginn war ich mir nicht ganz sicher, ob er die Anweisungen zur Bewertung genau verstanden hat* (Fall 1 TN F). Zudem war das *Verständnis komplett bezüglich Bewertung/Teich unklar* (Fall 3 TN A).

Da es sich bei dem Gespräch, um den Alltag des Kindes mit seinen Stärken und Schwierigkeiten dreht, kann diese Situation auch eine **emotionale Belastung** darstellen. *Ihre Verlegenheit ist deutlich geworden, das leichte Kaspern oder Überspielen wurde sichtbar, wenn sie nicht verstanden hat oder verlegen war* (Fall 2 TN I) oder *das Kind Sucht Augenkontakt zur Mutter, vielleicht als Bestätigung seiner Aussagen* (Fall 3 TN J).

Des Weiteren stellt die oben beschriebene Länge des Gespräches bei Kindern mit **reduzierter Aufmerksamkeit und Konzentration**, die von den Ratern als *Unruhe und Ablenkbarkeit* (Fall 1 TN G; Fall 1 TN F; Fall 2 TN G) beschrieben wird, eine Herausforderung dar. So erwähnen die Rater, dass *am Ende Ausdauer und Konzentration nachlässt* (Fall 3 TN E) und *wenn die Befragung zu lange ist, schwindet die Konzentration; das Kind wirkt auf mich erschöpft* (Fall 2 TN H). Jedoch hindert die reduzierte Aufmerksamkeit/Konzentration nicht nur zum Ende der Befragung, sondern auch während des Gespräches: *Aufmerksamkeit und Konzentration waren bei einigen Betätigungsfeldern nicht bei*

dem was die Therapeutin dazu verbalisiert hat (Fall 1 TN B) und das Kind wirkte auf mich eher passiv und sprunghaft in seiner Konzentration [...] (Fall 1 TN D).

Der **Umgang mit dem Material** erscheint den Ratern von Seiten der Kinder teilweise nicht adäquat: *Das Kind betrachtet das legen der Murmeln teils als „Spiel“, da die Therapeutin einmal die Augen schließt und das Kind Murmeln legen soll. Das gefällt ihm, wodurch er danach gerne die Murmeln legen will, so als Art „Ratespiel“* (Fall 1 TN B). Zudem erscheint die vierstufige Bewertungsskala als zu differenziert; gibt sozial erwünschte Antworten (Fall 1 TN J).

#### 10.2.5.2.3 Hauptkategorien 3: Unterstützende und hemmende Umweltfaktoren

Insgesamt wird der Einfluss der Umweltfaktoren durch die Rater als nicht so bedeutsam bewertet. Insgesamt gibt es 9 Nennungen, die aus der Umwelt kommende Aspekte wie Interviewort als beeinflussend in Bezug auf das Bewertungsverhalten erleben, 18 Nennungen hingegen sehen keinen Einfluss aus der Umwelt (n= 27). Bei 3 Bögen wird diese Frage nicht beantwortet.

Es gaben 9 Rater an, unterstützende Aspekte aus dem Umfeld wahrzunehmen. Am häufigsten, mit 4 Nennungen bezieht sich das auf Fall 2, während bei Fall 3 nur 2 positive Aspekte benannt werden.

#### Hauptkategorie 3a: Unterstützende Umweltfaktoren

Folgende Subkategorie wird in Bezug auf unterstützende Aspekte aus der Umwelt anhand des Materials gewonnen:

**Tabelle 74:** Subkategorie unterstützende Umweltfaktoren

HK 3a: Unterstützende Umweltfaktoren	Definition Subkategorie
<b>Gute Gesprächsatmosphäre</b>	Die Stimmung, die während des Gespräches im Raum wahrgenommen wird.

Die **gute Gesprächsatmosphäre** wird von einigen Ratern als positiven Aspekt genannt: *Atmosphäre war gut* (Fall 1 TN J), *gute Stimmung* (Fall 3 TN G), *gute Gesprächsatmosphäre* (Fall 2 TN A).



### Hauptkategorie 3b: Hemmende Umweltfaktoren

Im Hinblick auf die hemmenden Umweltfaktoren ergeben sich folgende Subkategorien:

**Tabelle 75:** Subkategorie hemmende Umweltfaktoren

HK 3b: Hemmende Umweltfaktoren	Definition Subkategorien
<b>Anwesenheit Mutter</b>	Reaktionen des Kindes/der Therapeutin auf die Anwesenheit der Mutter im Raum
<b>Räumliche Situation</b>	Einflüsse auf das Gespräch durch Ereignisse/Gegebenheiten im Raum/der Einrichtung
<b>Komplexität Material</b>	Umfang des PEAP-Assessments mit seinen Materialien

Als herausfordernd wird die **Anwesenheit der Mutter** während des Gespräches thematisiert, die auf der einen Seite Einfluss auf die Therapeutin hat: *die Mimik der Mutter; das Gefühl, dass es der Mutter zu lange dauert, vielleicht hat sich die Therapeutin deshalb kurz gefasst und keine Details erfragt?* (Fall 3 TN J) sowie auf das Verhalten des Kindes: *Das Kind schaut während des Interviews vermehrt nach hinten zu ihrer Mutter. Hier ist es für mich fraglich ob sie dies aus einem gewissen Sicherheitsbedürfnis heraus macht oder aber ob die Anwesenheit der Mutter die Antworten des Kindes beeinflussen* (Fall 2 TN B).

Die **räumliche Situation** wird als hemmend wahrgenommen, wenn es zu *Ablenkung akustisch durch Kinder vor dem Therapieraum*; (Fall 1 TN J) kommt oder *jemand kurz hereinkommt* (Fall 1 TN J).

Die **Komplexität des Materials** allgemein wird als hinderlich beschrieben, da *sehr viele Aspekte die zu beachten sind; Therapeuten müssen sehr gut eingearbeitet werden* (Fall 1 TN G).

#### 10.2.5.2.4 Hauptkategorien 4: Einflussfaktoren offenes Interview

Das offene Interview wird von den Ratern nur für Fall 1 und 3 eingeschätzt, da für Fall 2 kein offenes Interview als Videoaufnahme vorliegt. 19 Einschätzungen werden insgesamt in Bezug auf die Frage *Wie haben Sie das offene Interview im Hinblick auf Ihr Bewertungsverhalten wahrgenommen?* abgegeben, da 1 Rater den Fragebogen für Fall 3 nicht vollständig ausfüllt.

Insgesamt wird das offene Interview bei Fall 1, der von den Ratern als am komplexesten wahrgenommen wird, als besonders hilfreich erachtet (n=7), während der Stellenwert des offenen Interviews bei Fall 3, den die Rater als einfach zu bewerten wahrnehmen, überwiegend als neutral (n=7) beschrieben wird.

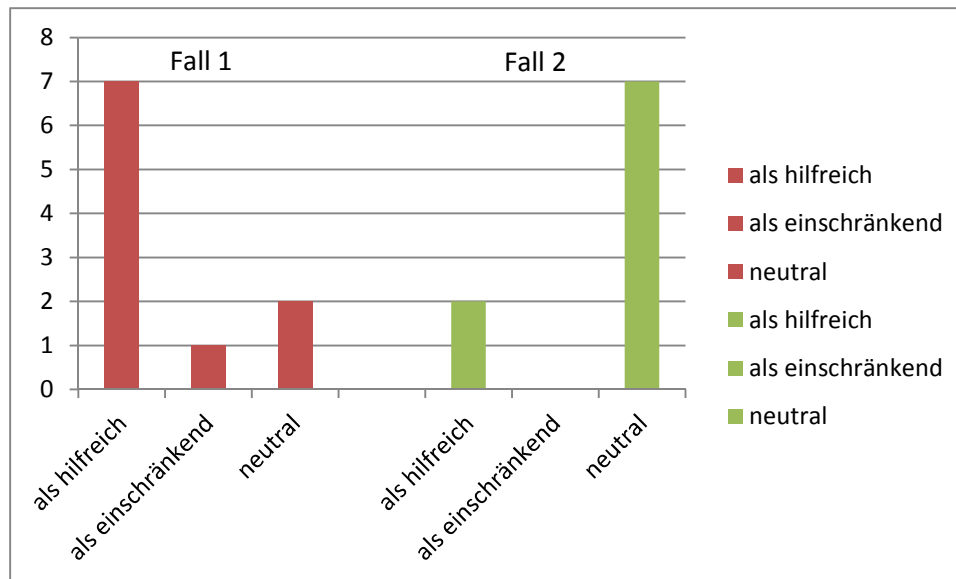


Abbildung 32: Anzahl Einflussfaktoren offenes Interview

### Hauptkategorie 4a: Hilfreiche Aspekte offenes Interview

In Bezug auf hilfreiche Aspekte werden zwei Subkategorien gebildet.

Tabelle 76: Subkategorie hilfreiche Aspekte offenes Interview

HK 4a: hilfreiche Aspekte offenes Interview	Definition Subkategorien
<b>Mehr Infos</b>	Informationen, die zusätzlich zu den Aussagen aus dem PEAP-Assessment gewonnen werden.
<b>Offeneres Gespräch</b>	Art der Gesprächsführung, die dazu führt, weitere Informationen zu gewinnen.

Das offene Interview wird als hilfreich wahrgenommen, wenn **mehr Infos** daraus resultieren. So werden *zusätzliche Aussagen vor allem des Kindes* (Fall 1 TN C) und der Mutter: *die Mutter erzählt ausführlich* (Fall 1 TN E) gewonnen. Diese *zusätzlichen Daten ermöglichen eine umfassendere Einschätzung* (Fall 1 TN H).

Das offene Interview wird als **offeneres Gespräch** empfunden. So bekommen die Rater *einen guten ersten Eindruck was klappt und nicht so gut klappt* (Fall 1 TN I), *andere Eindrücke und einen ganzheitlicheren Blick* (Fall 3 TN G) und die *Infos wirkten authentischer als im strukturierten Interview* (Fall 1 TN A). Zudem können *die wirklichen Prioritäten der Mutter erspürt werden* (Fall 3 TN I).

Hauptkategorie 4b: Einschränkung Aspekte offenes Interview

Tabelle 77: Subkategorie einschränkende Aspekte offenes Interview

HK 4b: einschränkende Aspekte offenes Interview	
<b>Gesprächsführung Therapeut</b>	Art der Gesprächsführung die dazu führt, keine weiteren Informationen zu gewinnen.

Wie bei dem strukturieren Gespräch, wird auch beim offenen Interview die **Gesprächsführung des Therapeuten** als hinderlich beschrieben wenn *die Therapeutin überwiegend geschlossene Fragen wählt, was den Informationsfluss erschwert (Fall 1 TN D)*, das Interview *etwas unstrukturiert gestaltet (Fall 1 TN D)* und es nicht schafft, *das Kind aktiv in das Gespräch einzubinden (Fall 1 TN D)*.

## 10.2.6 Zusammenfassung Ergebnisse zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

### 10.2.6.1 Gesamtbewertung

Insgesamt wird Fall 1 von den Ratern als überwiegende mittelschwer bis teilweise schwer eingestuft und ist somit im Vergleich zu den anderen Fällen der schwierigste, da komplexeste Fall. Fall 1 wird als facettenreich wahrgenommen, zusätzliche Informationen vom Lehrer werden jedoch als hilfreich erlebt. Fall 1 liegt in vielen Betätigungsfeldern ein heterogenes Bewertungsbild zugrunde, zudem zeigt das Kind ein Verhalten (eingeschränktes Aufgabenverständnis, reduzierte Konzentrationsspanne), dass von den Ratern als am schwierigsten in Relation zu den anderen beiden Fällen wahrgenommen wird. Die Rater nennen wenige unterstützende Verhaltensweisen von Seiten der Therapeutin. Das offene Interview, welches den Ratern zusätzliche Informationen bietet, wird bei Fall 1 als besonders hilfreich erlebt.

Fall 2 wird von den Ratern insgesamt als mittelschwer bis teilweise leicht eingestuft. Auch hier wird es von den Ratern als schwierig erlebt, wenn kein einheitliches Bewertungsbild der Klientengruppe für ein Betätigungsfeld vorliegt. Besonders viele unterstützende Verhaltensweisen werden von Seiten der Therapeutin benannt, aber auch Mutter und Kind zeigen eine hohe *compliance*, sodass den Ratern eine gute Grundlage an Informationen zur Gesamtbewertung vorliegt. Positive Umwelteinflüsse wie eine gute Gesprächsatmosphäre werden in diesem Fall häufiger erwähnt als bei Fall 1 und Fall 3.

Am einfachsten schätzen die Rater Fall 3 ein. Dieser wird in Bezug auf die Gesamtbewertung als leicht bis teilweise mittelschwer empfunden. Die Bewertung der Betätigungsfelder ist überwiegend homogen. Da insgesamt wenige Betätigungsprobleme in diesem Fall thematisiert werden, sind die

Aussagen klar und wenig komplex. Trotzdem wird das Verhalten der Therapeutin im Vergleich zu Fall 1 und 2 als hemmender beschrieben. Hier könnte die Kürze der Interviewsequenzen der ausschlaggebende Aspekt sein, da die Rater Unsicherheit verbalisieren in Bezug auf Vollständigkeit und Tiefgang des Gespräches, besonders in Bezug auf die Mutter. Dem Kind wird in diesem Fall unterstützendes Verhalten zugeschrieben. Das offene Interview wird hier als überwiegend neutral bewertet, vermutlich da die Durchführung keinen Mehrwert in Hinblick auf neue Erkenntnisse hat.

Insgesamt zeigt sich kein Zusammenhang zwischen Berufserfahrung/Erfahrung mit dem PEAP und Einschätzung der Schwierigkeit eines Falles.

#### *10.2.6.2 Unterstützende und hemmende Aspekte Therapeut*

Als unterstützende Aspekte von Seiten der Therapeuten wird die Art der Gesprächsführung genannt. Nachfragen/vertiefende Fragen und offene Fragen werden als positiv erlebt. Hierdurch werden die Klienten zum Reden animiert, was das Verständnis der Rater steigert. Die Haltung des Therapeuten wirkt sich auf die Art der Gesprächsführung aus. Gelingt es diesem, den Klienten Zeit zu lassen und abzuwarten, so können Klienten sich besser in der Gesprächssituation öffnen. Die Art der Gesprächsführung wird als negativ erlebt, wenn die Fragen überwiegend geschlossen sind und der Therapeut bei Unklarheiten nicht nachfragt. Dadurch Fehlen den Ratern Informationen zur Konkretisierung und eine Unsicherheit bezüglich des Aufgabenverständnisses von Seiten des Klienten bleibt bestehen.

Ein zusammenfassen der Gesprächsinhalte von Seiten der Therapeuten zur Strukturierung und Erklärung der Informationen ist von Vorteil. Das strukturierte Vorgehen anhand der Betätigungsfelder wird als förderlich erlebt, jedoch nur dann, wenn sich der Therapeut nicht zu eng an den vorgegebenen Strukturen orientiert da dadurch individuell wichtige Aspekte verloren gehen können. Als schwierig erweist es sich, wenn der Therapeut die PEAP-Materialien nicht wie im Handbuch beschrieben einsetzen. Die Länge des Assessments kann dazu führen, dass das Kind am Ende erwünschte Antworten gibt oder der Therapeut die Antworten nicht mehr hinterfragt.

#### *10.2.6.3 Unterstützende und hemmende Aspekte Kind*

Als positiv bezeichnen die Rater, wenn das Kind entsprechende sprachlich-kognitive Fertigkeiten hat, um sich differenziert verbal zu äußern und seine Betätigungsschwierigkeiten konkret beschreiben kann. Sind diese jedoch eingeschränkt und das Kind zeigt ein reduziertes Sprach- und Aufgabenverständnis, so erschwert dies die Durchführung des PEAP deutlich.

Die emotionale Reife eines Kindes spielt zudem eine Rolle. Können Kinder das verbal formulierte mit emotionalen Anteilen untermauern z. B. durch die Stimmlage die Relevanz einer Betätigung

verdeutlichen, so gibt das für die Rater ein kongruentes Gesamtbild. Kinder können sich durch das Gespräch auch emotional belastet fühlen was sie mit Verlegenheit, albernem Verhalten oder dem wiederholten Blickkontakt zur Mutter zeigen. Ist das Kind emotional-kognitiv in der Lage, sein eigenes Handeln kritisch zu reflektieren, so wird die Beschreibung für den Rater detaillierter.

Die Mitarbeit gestaltet sich als einfacher, wenn das Kind in der Lage ist, sich über den Zeitraum des Gespräches zu konzentrieren, aufmerksam zuzuhören und bei Unklarheiten nachfragt. Gerade zum Ende des PEAP wird eine Reduzierung der Konzentration und Aufmerksamkeit von den Ratern beschrieben. Hier zeigen die Kinder eine größere Unruhe und Ablenkbarkeit. Das spielerisch gestaltete Material kann dazu führen, dass das Kind lieber damit spielen möchte z. B. mit den Murmeln. Auch die vierstufige Skala kann eine Überforderung für das Kind darstellen.

#### *10.2.6.4 Unterstützende und hemmende Umweltfaktoren*

Die Umwelteinflüsse werden von den Ratern insgesamt als nicht so bedeutsam eingestuft, es gibt deutlich weniger Nennungen zu diesem Bereich als zu den Einflüssen von Seiten des Therapeuten oder der Kinder. Als unterstützend wird eine gute Gesprächsatmosphäre beschrieben, die hier von den Ratern nicht weiter differenziert wird.

Als herausfordernd wird die Anwesenheit der Mutter empfunden. Diese hat Einfluss auf den Gesprächsverlauf. Die Kinder suchen durch Blickkontakt Sicherheit und Bestätigung bei der Mutter. Zudem gestaltet die Mutter ihr Gespräch mit dem Therapeuten indem sie sich kooperativ und offen oder schnell und abweisend bezüglich der Fragen zeigt.

Räumlich ist es von Nachteil, wenn das Gespräch durch hereinkommende Personen oder ein lautes Umfeld unterbrochen wird. Zudem wird das Material als komplex empfunden, was eine gute Einarbeitung der Therapeuten bedarf.

#### *10.2.6.5 Einflussfaktoren offenes Interview*

Das offene Interview kann dazu beitragen, dass die Rater insgesamt mehr Informationen gewinnen, die ihnen einen ganzheitlicheren Blick ermöglichen und die Gesamtbewertung erleichtern. Durch die wenigen strukturellen Vorgaben wird das offene Interview als offeneres Gespräch empfunden, bei dem die Informationen authentischer wahrgenommen werden. Gelingt es dem Therapeuten jedoch nicht, das Gespräch offen zu führen und den Klienten aktiv in das Gespräch einzubinden, so ist der Mehrwert an Informationen für die Rater nicht bedeutsam.

## 10.2.7 Ergebnisse inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse & Interrater-Reliabilitätsstudie

Um die abschließende, mixed-method Fragestellung „Wie gestaltet sich das Bewertungsverhalten der Therapeuten bei Betätigungsfeldern mit hoher bzw. niedriger Übereinstimmung in der Gesamtbewertung?“ zu beantworten, werden die Ergebnisse aus beiden Forschungssträngen trianguliert. Die Transkripte der *verbal protocols* sowie die Codingtabellen für jedes Betätigungsfeld liegen der Arbeit im DVD-Anlageband (s. Anlage C) bei.

### 10.2.7.1 Mixed-methods Auswertung Betätigungsfelder hohe Konkordanz

#### 10.2.7.2 Betätigungsfeld 3 „Toilettengang“

Die Bewertung des Betätigungsfeldes 3 wird von der Klientengruppe in Bezug auf Problem und Wichtigkeit wie in Tabelle 78 dargestellt bewertet. Der Kendalls *W* liegt bei Betätigungsfeld 3 bei .943 und weist eine exzellente Übereinstimmung auf.

**Tabelle 78:** Gesamtbewertung Klientengruppe BF 3

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
Kind	7/7	4/7	1/n. b.
Mutter	6/10	3/4	1/n. b.
Lehrer	1/n. b.	3/4	1/n. b.

Bei Fall 1 beschreiben sowohl Hamid als auch seine Mutter Probleme beim Toilettengang wobei Hamid sich auf die tägliche Routine bezieht, die Mutter zudem den nächtlichen Toilettengang als problematisch beschreibt. Beide nennen eine hohe Wichtigkeit für dieses Betätigungsfeld. Die Lehrer sehen hier keine Schwierigkeiten und weichen mit ihrer Einschätzung deutlich von Hamid und seiner Mutter ab.

Fall 2 wird von der Klientengruppe homogen, als leicht problematisch, jedoch mit unterschiedlicher Wichtigkeit beurteilt. Die Mutter und die Lehrer schreiben diesem Betätigungsfeld etwas Wichtigkeit zu, da Merle kleinere Schwierigkeiten wie z. B. das Abputzen vergisst. Merle ist das Betätigungsfeld sehr wichtig, da sie die Betätigung so ausführen möchte, wie die anderen Kinder ihres Alters.

Bei Fall 3 beschreibt Luis Situationen wie das er manchmal vergisst, sich die Hände nach dem Toilettengang zu waschen oder er Schwierigkeiten hat, sich bei Durchfall im Intimbereich selbständig zu säubern. Jedoch werden diese Situationen von keiner Person der Klientengruppe als

problematisch oder als veränderungsrelevant beschrieben, wodurch sich bei der Bewertung ein homogenes Bild ergibt.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 3 folgende Verteilung in den Kategorien:

Codesystem	Fall 1 ...	Fall 2 ...	Fall 3 ...	SUMME
▲  Bewertungsübereinstimmung				0
Übereinstimmung Klientengruppe		3	3	6
Übereinstimmung Kind/Mutter	5	1		6
Übereinstimmung Kind/Lehrerin				0
Übereinstimmung Mutter/Lehre		2		2
Diskrepanz Klientengruppe	1			1
Diskrepanz Kind/Mutter		1		1
Diskrepanz Lehrerin	5			5
Diskrepanz Rater			1	1
▲  Perspektive Klientengruppe				0
Wahrnehmung Kind	3	6	3	12
Wahrnehmung Mutter	8		4	12
Wahrnehmung Lehrerin	2	1	2	5
▲  Begründung Rater				0
Auswirkungen Alltag/Teilhabe	1	1	1	3
Qualität	4	5	2	11
Alter	1	6	1	8
Material PEAP	6	2	1	9
▲  hilfreiche Aspekte				0
Kompetenz Therapeutin	2		4	6
Fertigkeiten Kind	2	3	1	6
▲  hemmende Aspekte				0
Gesprächsverlauf			2	2
eingeschränkte Fertigkeiten Kin	3	1	2	6
Σ SUMME	43	32	27	102

Abbildung 33: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 3

#### 10.2.7.2.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

In dieser Kategorie sind die Übereinstimmungen der Klientengruppe mit sechs Codes, sowie die Übereinstimmungen Kind/Mutter mit ebenfalls sechs Codes am höchsten.

Die Übereinstimmung der Klientengruppe zeigt sich an Nennungen<sup>26</sup> wie „er (Luis) [...] entscheidet sich für, das ist eigentlich kein Problem, das klappt gut“. Die Mutter sagt es ist kein Problem. Und die Lehrer sagen das ist auch kein Problem. Also, nehme ich auch an, es ist kein Problem“ (Fall 3 BF 3, C

<sup>26</sup> Nennungen, Codings und Codes werden in diesem Abschnitt der Auswertung synonym verwendet.

6<sup>27</sup>) oder wie bei Fall 2 „gut alle (...) drei haben das als leichtes Problem bis leichtes Problem mit einem Plus (gesehen). [...] Daher würde ich mich da jetzt einfach anschließen“ (BF 3, C 4).

Auf Fall 1 lassen sich fünf Codings auf die Übereinstimmung Kind/Mutter zurückführen wie „also Hamid hat eine 3 und gibt damit an, dass es ein deutliches Problem ist, die Mutter gibt ebenfalls eine 3 plus an und somit auch, dass es ein deutliches Problem ist“ (Fall 1 BF 3; C 8) oder „[...] aber nachts [...] oder abends ist es ein deutliches Problem, sodass ich auch wie der Hamid und die Mutter die drei aufgreifen würde“ (Fall 1 BF 3, C 9).

Eine Übereinstimmung zwischen Mutter und Lehrer gibt es nur in Fall 2, mit zwei Nennungen wie „Wobei ich mich jetzt auch einfach dann hier an dem, was die Mutter und was die Lehrer sagt orientiere und somit bei einer Zwei bleibe“ (Fall 2 BF 3, C 15). Eine Übereinstimmung zwischen Kind und Lehrer wird bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes von den Ratern nicht thematisiert.

Bei der Diskrepanz der Bewertung liegt bei BF 3 jeweils eine Nennung bei den Kombinationen komplette Klientengruppe, Mutter/Kind und Rater vor, die sich jeweils auf Fall 1, Fall 2 und Fall 3 verteilen. Die Diskrepanz Rater zur Einschätzung der Klientengruppe zeigt sich an der Nennung „ich mach doch wieder die Therapeutenbewertung mit dem ganz kleinem Minus einfach aus dem Grund weil das Hände waschen und trocken hier als Inhalt des Betätigungsfeldes ganz klar als ein Teil davon benannt ist“ (Fall 3 BF 3, C 23). Eine größere Diskrepanz liegt für Fall 1 bei der Einschätzung der Lehrer mit 5 Nennungen, vor. Hier wird von Mutter und Kind jeweils ein deutliches Problem beschrieben, das vom Lehrer nicht wahrgenommen wird „(da) von der Lehrer gesagt wurde es ist gar kein Problem allerdings tritt das Problem morgens einfach nicht auf [...] ist aber auf jeden Fall da, wird auch von Kind und Mutter wahrgenommen“ (Fall 1 BF 3, C 22). Als Begründung wird die Relevanz des genannten Problems im Schulkontext genannt „da ist zwar eine große Diskrepanz zwischen der Bewertung von Hamid und Mutter und der Lehrer aber ist auch ganz logisch weil er ja angeblich eben nur nachts oder abends die Probleme hat wenn es dunkel ist und das Einnässen das kommt ja in der Schule gar nicht vor“ (Fall 1 BF 3, C 21). Wobei die Problematik von einem Rater als auch im schulischen Setting als relevant wahrgenommen wird „die Lehrer, die sieht das als kein Problem und Hamid hat es aber auch angegeben, dass es auch an der Schule mit dem sauber machen nachdem den großen Geschäften ein Problem ist, dass ist jetzt auch so ein bisschen fraglich, wie das einzuordnen wäre, was die Lehrer auch davon mitbekommt, in Pausensituationen etc., vielleicht ist dann immer jemand anderes dabei, das weiß ich nicht, ich müsste [...] dann nochmal explizit nachfragen“ (Fall 1 BF 3, C 19).

---

<sup>27</sup> C steht für Code; die Nummer bezieht sich auf die Nummerierung in der Codingliste (s. DVD-Anlageband Anlage C).



#### 10.2.7.2.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

In dieser Kategorie liegen jeweils 12 Nennungen die sich auf die Wahrnehmung des Kindes, sowie 12 Nennungen die sich auf die Wahrnehmung der Mutter beziehen, vor. Die Wahrnehmung der Lehrer wird mit fünf Codes belegt.

Fall 2 zeigt die meisten Nennungen in Bezug auf das Kind (n=6), dieses hat auch die höchste Einschätzung der Wichtigkeit innerhalb der Klientengruppe, während die Wahrnehmung der Mutter von den Ratern nicht thematisiert wird. Fall 1 weist die häufigsten Codes in Bezug auf die Mutter (n=8) auf, hier ist auch die Einschätzung der Mutter, mit einer Wichtigkeit von 10, am höchsten. Fall 3 zeigt eine homogene Verteilung der Codes.

Die Wahrnehmung des Kindes wird an Nennungen deutlich, die sich auf die auf Sequenzen beziehen, in den das Kind die Wichtigkeit einer Betätigung verdeutlicht hat, sowie *„würde die Wichtigkeit hier einfach auch von der Merle wieder aufgreifen, weil es ihr letztendlich sehr wichtig war das sich da schon auch was verändert“* (Fall 2 BF 3, C 27) oder *„Die Wichtigkeit von Merle ist hier bei der Bewertung für mich entscheidend“* (Fall 2 BF 3, C 30). Auch wenn eine Nennung ihren Schwerpunkt auf eine Betätigung legt, die dem Kind sehr wichtig erscheint wie *„[...] Hände waschen und trocknen wurde angegeben und zwar von Luis, dass er da nicht immer, er glaubt, dass er da nicht immer zuverlässig wäre“* (Fall 3 BF 3, C 35).

Die Wahrnehmung der Mutter rückt bei Nennungen in den Vordergrund wo der Schwerpunkt deutlich auf der mütterlichen Perspektive liegt wie *„da herrscht eine große Unsicherheit in der Familie. Sie (Mutter) bewertet mit einer 3 plus, deutliches bis massives Problem und einer vier als Wichtigkeit, wo das was sie beschreibt nochmal deutlich wird das sich das nochmal verändern sollte. Es ist wichtig für sie, dass der Hamid in der Familie selbständig wird“* (Fall 1 BF 3, C 40) oder *„wenn die Wichtigkeit von der Mutter so hoch ist und sie das ja auch geniert und man schon so merkt, dass ist ein sehr unangenehmes Thema, wo sich möchte, dass sich das auch verändert [...]“* (Fall 1 BF 3, C 38). Aber auch wenn aus Perspektive der Mutter die Betätigung nicht so relevant erscheint, wie bei *„Hände waschen da wirkte die Mama ja fast ein bisschen erstaunt, dass das manchmal nicht klappen sollte“* (Fall 3 BF 3, C 44).

Die Perspektive der Lehrer wird in Fall 1 (BF 3, C 48) aufgegriffen mit *„die Lehrer sagt ja auch tagsüber in der Schule ist es kein Problem“* oder wie in Fall 2 (BF 3, C 50) *„die Lehrer sieht ein leichtes Problem ich würde das leichte Problem auch auf alle Fälle aufgreifen“*.

### 10.2.7.2.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

In dieser Kategorie werden die meisten Codes für die Unterkategorie Qualität (n=11) bei der Betätigungsausführung vergeben. Die Nennungen zeigen eine qualitative Dimension der Betätigung auf, da es sich um bestimmte Situationen handelt – wie bei der Nennung *„Mutter eher wegen nachts ins Bett machen bzw. weil da halt auch schon mal was danebengeht“* (Fall 1 BF 3, C 56) oder *„das was Luis beschreibt, dass er sich manchmal vergisst die Hände zu waschen oder wenn er Durchfall hat, das sind dann Sondersituationen [...]“* (Fall 3 BF 3, C 65). Zudem werden Situationen relativiert wie *„das es vor allem eher um Dinge geht die sie vergisst dabei [...] also nicht unbedingt was sie noch gar nicht kann, sondern sie vergisst“* (Fall 2 BF 3, C 61) sowie *„das Problem darin besteht, dass sie Dinge vergisst regelmäßig zu machen, wie Hände waschen. Aber das ist hier kein Problem in der Funktion, dass sie hier Hose nicht schließen kann, die nicht schnell genug runter bekommt oder das es sozusagen Probleme gibt auf die Toilette zu kommen, wird hier nicht beschrieben“* (Fall 2 BF 3, C 63).

Mit neun Kodierungen ist am zweithäufigsten die Kategorie Material PEAP benannt, wobei dieses mit sechs Codes bei Fall 1 am meisten Erwähnung findet. Bei Unsicherheiten greifen die Rater hier auf die Kommentarbeispiele zurück *„jetzt ist die Frage drei plus oder drei [...] also [...] von den Kommentarbeispielen hat es ja perfekt in die drei gepasst [...] es ist auch sehr wichtig zum Teil [...] ja dann würde ich da auch die drei geben [...] hier [...] drei genau“* (Fall 1 BF 3, C 78) oder auf das Bewertungsraster *„wenn ich das jetzt mal einsortiere ins Raster, würde ich sagen, dass das schon so im Bereich Drei liegt, von der Problematik. 40-70 % deutliches Problem“* (Fall 1 BF 3, C 80). Oder beide Instrumente werden in Kombination verwendet *„sind wenige Betätigungen mit einem leichten Problemen das ist dann natürlich eine zwei vom Bewertungsraster her [...] und dann bei den Kommentarbeispielen [...] also mit Sachen vergessen steht hier gar nichts zu [...]“* (Fall 2 BF 3, C 81).

Die Kategorie Alter spielt mit acht Nennungen ebenfalls eine wichtige Rolle in dieser Hauptkategorie. Sechs der acht Codings entfallen auf Fall 2, während Fall 1 und Fall 3 nur jeweils ein Coding für diese Kategorie aufweisen. In Fall 2 wird das Alter des Kindes relativierend erwähnt *„das fand ich auch gut, dass die Mutter das Alter halt jetzt nochmal dazu in Beziehung gesetzt hat, das sie gesagt hat das kommt noch, das ist jetzt noch nicht so schlimm“* (BF 3, C 73) aber auch in Bezug zu gleichaltrigen Kindern *„es macht mir den Eindruck es ist für sie einfach wichtig dazu zu gehören, dass sie Dinge kann so gut wie andere Kinder in ihrem Alter, und sie merkt, dass die anderen Kinder in ihrem Alter das abziehen und abwischen bereits können, das Hände waschen ist da vielleicht noch nicht so wichtig“* (BF 3, C 70) oder auch im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung *„Mutter und Lehrer geben an, das mit steigendem Lebensalter natürlich dann auch noch mal Toilette sauber benützen, dann auch noch mal ein Aspekt sein kann, wo Merle dann, wie beim Essen beispielsweise, veräppelt oder geärgert auch wird, wenn das andere Schüler dann auch dementsprechend beobachten“* (BF 3, C 68). Bei Fall 1

und Fall 3 wird das Alter ausschließlich in Relation zur gleichaltrigen Kindergruppe gesehen so von Seiten der Klientengruppe *„beim ins Bett macht, dass sie (die Mutter), während sie das sagt und äußert, lacht sie auch so ein bisschen geniert so ‚mhmhm‘ und gibt dann auch an, ja er würde ja jetzt bald sieben, da muss das dann aber schon auch klappen. Dementsprechend ist ja auch ihre Wichtigkeit bei 4“* (Fall 1 BF 3, C 67) oder relativierend von Seiten des Raters *„also, auf die Toilette gehen würde ich auch eine 1 geben, ich kenne so viele Jungs in dem Alter, erlebe das auch als völlig normal, dass man die immer mal wieder auch daran erinnern muss und wenn er das beherrscht, dass er wenigstens nach dem großen Geschäft das (Hände waschen) macht, dann sehe ich das nicht als Problem an, dass er das, sage ich mal, eben in den anderen Situationen nicht immer so macht.“* (Fall 3 BF 3, C 74).

Die Auswirkung auf Alltag und Teilhabe wird in jedem Fall nur einmal erwähnt. Hier werden Beschreibungen sowohl im erschwerenden Falle wie *„auch beim Schlafen oder nachts durch die Wohnung gehen, das er da sich ganz viel Licht anmachen muss, das teilweise noch Einnässen, würde ich als schon deutliches Problem beschreiben, einfach, weil es den Hamid in seinem Alltag einschränkt, als Schulkind“* (Fall 1 BF 3, C 53) als auch im positiven Sinne *„scheint es (auf die Toilette gehen) keine Einschränkung für seine Alltagsfähigkeit zu haben“* (Fall 3 BF 3, C 55), gegeben.

#### 10.2.7.2.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

Diese Hauptkategorie beinhaltet die Kategorien Kompetenz Therapeutin und Fertigkeiten Kind, den jeweils verteilt über alle drei Fälle sechs Codings zugrunde liegen. Die Kompetenz der Therapeutin wird in Fall 3 mit vier Nennungen besonders häufig erwähnt, während bei Fall 2 keine Nennung vorliegt. Die Fertigkeiten des Kindes werden in allen drei Fällen erwähnt.

Bei der Kompetenz der Therapeutin wird das Nachfragen erwähnt *„aber ich fand das gut [...] wie detailliert die Therapeutin nachfragt“* (Fall 1 BF 3, C 85) oder das erneute Erklären als positiv wahrgenommen wird *„da fand ich noch mal gut hat die Therapeutin auch noch mal erklärt was jetzt die Murmeln auch zu bedeuten haben. Er (Luis) hat’s in dem Moment nicht mehr ganz so präsent gehabt und hat sich dann letztendlich auch noch mal korrigiert“* (Fall 3 BF 3, C 88). Zudem ist der adäquate Umgang mit dem Material ein hilfreicher Aspekt *„positiv zu der Erläuterung von der Therapeutin ist hier anzumerken, dass wirklich das erste Mal jetzt in Betätigungsfeld 3 die Inhalte vom Betätigungsfeld auch vorgelesen wurden [...] zum Verständnis. Also das war in dem Fall da sehr positiv“* (Fall 3 BF 3, C 86).

Die Fertigkeiten des Kindes beziehen sich auf verbale Aspekte wie *„ich finde, das konnte sie (Merle) auch so ganz gut beschreiben, sie sagte erst und zeigte auch erst alles, was sie gut kann“* (Fall 1 BF 3, C 92) und *„jetzt kommt auf die Toilette gehen. Das Betätigungsfeld ist für ihn (Luis) teilweise nicht*

*ganz klar, fragt aber nach, entscheidet sich dann für kein Problem“ (Fall 3 BF 3, C 95). Zudem werden reflektive Anteile des Kindes beschrieben „also bei der Merle, die kann sehr deutlich benennen, was ein Problem darstellt“ (Fall 2 BF 3, C 93) oder „er kann gut auf das beschriebene Betätigungsfeld antworten, und gibt auch direkt an, was halt nicht so gut klappt bzw. wobei er Hilfe braucht, also wenn er sein großes Geschäft verrichtet, dann danach den Intimbereich säubern [...]“ (Fall 1 BF 3, C 90).*

#### 10.2.7.2.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Die hemmenden Anteile beziehen sich auf die Kategorie Gesprächsverlauf, die ausschließlich bei Fall 3 zweimal benannt werden und auf eingeschränkte kindliche Fertigkeiten, die bei allen drei Fällen insgesamt sechsmal thematisiert werden, überwiegend bei Fall 1 (n=3).

In Bezug auf den Gesprächsverlauf wird die Sitzposition des Kindes thematisiert mit *„das ist vielleicht etwas ungünstig, dass sie (die Mutter) ihm (dem Kind) da so im Rücken sitzt. Also noch besser würde die ihm gegenüber sitzen, dann hätte er ja dauernd Blickkontakt“* (Fall 3 BF 3, C 97).

Eingeschränkte kindliche Fertigkeiten sind die kognitiven Kompetenzen des Kindes wie die Aufmerksamkeit *„beim Hamid habe ich gedacht er wird dann langsam etwas abgelenkt, muss sich so ein bisschen Aktion verschaffen durch das Murmel werfen“* (Fall 1 BF 3, C 100) und des Aufgabenverständnisses *„[...] wie ist so das Aufgabenverständnis und wie ist auch die Selbsteinschätzung vom Kind bezüglich den Betätigungen oder den Betätigungsfeldern, die es nachgeht, weil laut Mutter, macht er schon mal ins Bett, gibt das aber nicht an, es ist eine Frage des Schams oder ist es wirklich eine unrealistische Selbsteinschätzung bzw. dann für ihn auch gerade nicht auf seinem Schirm. (Fall 1 BF 3, C 98) sowie affektiven Anteilen „zum Toilettengang hatte ich mir jetzt bei Merle notiert, dass ich fand das sie so ein bisschen peinlich berührt war oder verlegen als sie berichtet hatte. Das konnte man anhand ihrer Mimik so sehen und sie hat so ein bisschen gelacht immer“* (Fall 2 BF 3, C 101).

#### 10.2.7.3 Betätigungsfeld 4 „den Körper pflegen“

Das Betätigungsfeld 4 wird von der Klientengruppe in Tabelle X dargestellt, bewertet. Der Kendalls *W* liegt bei diesem Betätigungsfeld bei .958 und weist eine exzellente Übereinstimmung auf.

Tabelle 79: Gesamtbewertung Klientengruppe BF 4

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
Kind	10/10	4/10	1/n. b.
Mutter	9/7	4/4	1/n. b.
Lehrer	3/ 4	k. A./k. A. <sup>28</sup>	1/n. b.

Bei Fall 1 beschreiben sowohl Kind als auch Mutter deutliche Probleme besonders im häuslichen Umfeld bei der Ausführung von Betätigungen des Feldes und belegen diese mit einer hohen Wichtigkeit in Bezug auf die Selbständigkeit. Im schulischen Umfeld gelingt die Ausführung evtl. durch räumliche Anpassungen leichter, hier wird von dem Lehrer ein Problem beim selbständigen Zähneputzen angegeben. Dieses Betätigungsfeld liegt für den Lehrer im leicht problematischen und wichtigen Bereich.

Fall 2 besteht nur aus zwei Bewertungen, da die Lehrer zu diesem Betätigungsfeld keine Angaben machen, da die dort aufgezählten Betätigungen, laut ihrer Notiz, im schulischen Kontext des Kindes nicht durchgeführt werden. Merle gibt, wie ihre Mutter, leichte Probleme in diesem Feld an wobei die Veränderung für Merle noch wichtiger ist als für die Mutter. Die Schwierigkeiten beziehen sich überwiegend auf das Vergessen z. B. Hände zu waschen.

Im letzten Fall liegt erneut ein homogenes Bewertungsergebnis vor. Keiner der befragten Teilnehmer aus der Klientengruppe erkennt in den Betätigungen aus diesem Feld ein Problem bei der Durchführung, Luis wird von seiner Mutter positiv als sehr selbständig in diesem Bereich beschrieben.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 4 folgende Verteilung in den Kategorien:

<sup>28</sup> Die Abkürzung k. A. steht für „keine Angaben“.

Codesystem	Fall 1 ...	Fall 2 ...	Fall 3 ...	SUMME
▲ <b>Bewertungsübereinstimmung</b>				0
Übereinstimmung Klientengruppe	1		8	9
Übereinstimmung Kind/Mutter	2	1		3
Übereinstimmung Kind/Lehrerin				0
Übereinstimmung Mutter/Lehre				0
Diskrepanz Klientengruppe	1	2		3
Diskrepanz Kind/Mutter		3		3
Diskrepanz Lehrerin	9			9
Diskrepanz Rater				0
▲ <b>Perspektive Klientengruppe</b>				0
Wahrnehmung Kind	2	2	1	5
Wahrnehmung Mutter	1		3	4
Wahrnehmung Lehrerin	1			1
▲ <b>Begründung Rater</b>				0
Auswirkungen Alltag/Teilhabe	3			3
Qualität	6	5	1	12
Alter	2	2		4
Material PEAP	5	2		7
▲ <b>hilfreiche Aspekte</b>				0
Kompetenz Therapeutin	1			1
Fertigkeiten Kind	2	2	1	5
▲ <b>hemmende Aspekte</b>				0
Gesprächsverlauf		2		2
eingeschränkte Fertigkeiten Kin	5	1		6
Σ SUMME	41	22	14	77

Abbildung 34: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 4

#### 10.2.7.3.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

In dieser Kategorie liegt die Übereinstimmung der Klientengruppe mit neun Codes am höchsten, davon fallen acht Codes auf Fall 3 und ein Code auf Fall 1. Die Übereinstimmung zwischen Mutter und Kind erhält drei Codes, eine Übereinstimmung zwischen Mutter und Lehrer sowie Lehrer und Kind wird nicht benannt.

In Bezug auf die Übereinstimmung der Klientengruppe werden bei Fall 3 Nennungen gemacht wie „zur Gesamtbewertung, was in dem Fall sehr, sehr eindeutig ist, alle Kind, Mutter und auch Lehrer sehen da kein Problem“ (Fall 3 BF 4, C 3) und „beim Anschauen habe ich jetzt nichts anzumerken. Für die Bewertung sind jetzt wieder alle drei der Meinung es ist kein Problem“ (Fall 3 BF 4, C 10). Auch bei Fall 1, bei dem Betätigungsschwierigkeiten beschrieben werden, gibt es Übereinstimmung „bei der Mutter, da war dann halt nochmal die Bestätigung auch von dem, was Hamid gesagt hat gut zu sehen, also die Aussagen sind identisch, [...] also bei Hamid erst auf Nachfragen von der Therapeutin, aber da sind die auf jeden Fall identisch, und wenn man sich dann die Bewertungsbögen anguckt, wird auch von der Lehrer die Zahnpasta als Problem nochmal eingestuft, was dann natürlich auch in die Gesamtbewertung mit einfließt“ (Fall 1 BF 4, C 1).

Bei der Diskrepanz liegt die größte Anzahl mit neun Codings bei der Diskrepanz zur Einschätzung der Lehrer, welche sich ausschließlich auf Fall 1 bezieht. Mit jeweils drei Codings wird die Diskrepanz der gesamten Klientengruppe und zwischen Kind und Mutter belegt, wobei letztere sich ausschließlich auf Fall 2 bezieht. Für Fall 3 und den Rater werden keine Diskrepanzen angegeben.

Die Diskrepanz zwischen der Einschätzung des Kindes und der Mutter sowie der Lehrer wird an Nennungen deutlich wie *„also die Mutter beschreibt, dass die Körperpflege ein massives Problem ist, ihr es aber nicht so wichtig ist. Die Lehrer bewertet es mit einer zwei sogar Tendenz zu keinem Problem. Das ist schwierig zu bewerten, ich würde mit einer Tendenz zu einer drei gehen, einer drei minus, denn ich vermute, für Hamid ist ein massives Problem was ihm sehr wichtig ist, der Mama ja auch mit Tendenz zu einer drei“* (Fall 1 BF 4, C 22). Die andere Perspektive der Lehrer wird mit dem Kontext in dem die Betätigung ausgeführt wird, begründet *„okay dann von der Einschätzung her das es zweimal als sehr deutliches, erhebliches Problem angegeben wird, in der Schule nicht ganz, ich denke das liegt wieder daran das man jetzt in der Schule nicht so viel [...] eh [...] den Körper pflegt [...] und dass dann da einfach nicht relevant ist oder vieles davon nicht relevant ist“* (Fall 1 BF 4, C 24) oder aber in Bezug auf den Umgang mit den kindlichen Einschränkungen *„[...] zuhause hat er nicht so viel Selbstständigkeit, wie jetzt in der Schule und das zeichnet sich jetzt in unterschiedlichen Bewertungen auch nieder. Und (...) zwar sind da seine Werte besser im schulischen Bereich als zuhause wie die Mutter und der Hamid sich selbst (...) einschätzen“* (Fall 1 BF 4, C 26).

Die Diskrepanz der gesamten Klientengruppe bei Fall 2 bezieht sich auf die Wichtigkeit *„die Mutter war sehr eindeutig, das ist ein leichtes Problem mit der Körperpflege und sieht das genauso wie ihre Tochter, jedoch hat Merle eine 4 für die Wichtigkeit vergeben. Die Lehrer hat hier keine Bewertung abgegeben, da diese Betätigungen in der Schule nicht durchgeführt werden und sie keinen Eindruck davon hat. Hier würde ich eine 2 minus geben, um auch wiederum die Gewichtung von Merle hineinfließen zu lassen“* (Fall 2 BF4, C 16). Ebenso bezieht sich die Diskrepanz zwischen Mutter und Kind auf die unterschiedliche Einschätzung der Wichtigkeit *„und ich würde als Wichtigkeit eben, weil das für sie (Merle) hohe Präferenz jetzt scheinbar hat, auf die Drei zu gehen. Sie (Merle) geht auf Vier. Ich würde sozusagen da ein Mittelmaß wählen zwischen Mutter und Tochter und sozusagen ne Drei als Wichtigkeit nehmen“* (Fall 2 BF 4, C 18).

#### 10.2.7.3.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

Die Wahrnehmung des Kindes wird mit fünf Nennungen und einer Verteilung über alle drei Fälle am häufigsten genannt. Die Wahrnehmung der Mutter wird von den Ratern in Fall 3 dreimal benannt, in Fall 1 einmal. Die Wahrnehmung der Lehrer hingegen wird ausschließlich in Fall 1 einmal thematisiert.



Die Wichtigkeit, mit der die Kinder ihre Betätigungsprobleme beschreiben, hat Auswirkungen auf das Bewertungsverhalten der Rater *„somit ist dann auch die Wichtigkeit von Hamid mit drin (in der Bewertung), sie bekommt mehr Bedeutung“* (Fall 1 BF 4, C 29), auch wenn die Beschreibungen zum Teil noch nicht detailliert sind *„sie hat ja gesagt, dass es ihr sehr wichtig das diese zwei Sachen besser werden. Das war ja Gesicht waschen und Hände waschen, aber genau, sie wusste ja nicht genau zu berichten was daran nicht klappt“* (Fall 2 BF 4, C 32).

Die Wahrnehmung der Mutter wird bei Fall 3 (n=3) mehr als in den anderen zwei Fällen (n=1) benannt. Hier wird die unproblematische Einschätzung der Mutter thematisiert, aber nicht in Frage gestellt *„bei der Videosequenz von der Mutter, sie geht nochmal - wiederholt nochmal was da so ein bisschen zum Teil hereinfällt und sagt schon, dass alles gut klappt - also auch kein Problem“* (BF 4, C 36).

Die Lehrer werden bei diesem Betätigungsfeld einmal erwähnt. Es liegt für Fall 2 keine Einschätzung vor, da sie dieses Betätigungsfeld aufgrund der Inhalte im schulischen Setting nicht bewerten kann, sowie für Fall 3 eine unproblematische Einschätzung des Betätigungsfeldes für das Kind. Nur bei Fall 1 zeigen sich laut Bewertung der Lehrer Probleme, die sich auf eine Betätigung in diesem Feld, das Zähneputzen bezieht *„obwohl die Lehrer lediglich ne zwei angekreuzt hat, aber da auf vorwiegend [...] das Zahnpasta dosieren auch beschrieben hatte“* (BF 4, C 38).

#### 10.2.7.3.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

Die meisten Nennungen in dieser Kategorie entfallen auf die Unterkategorie Qualität (n=12), wobei sich dies besonders auf Fall 1 (n=6) und Fall 2 (n=5) bezieht. Das Material PEAP wird mit sieben Nennungen, ebenfalls nur aus Fall 1 und 2 kodiert. Alter, mit vier Nennungen, jeweils aus Fall 1 und Fall 2 und Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe mit drei Nennungen (ausschließlich aus Fall 1), werden am wenigsten von den Ratern thematisiert.

Bei der Kategorie Qualität werden die Betätigungen aus dem Betätigungsfeld differenziert beschrieben und zwar im Hinblick auf die Ausführung *„den Körper pflegen, da beschreibt die Mutter und auch Hamid, dass er da noch sehr viel Hilfe braucht, dass das in der Schule ganz gut klappt, aber zuhause eben sowohl beim Duschen und Waschen, dass das eben alles nur mit Hilfe ist, genauso auch Gesicht waschen, das Baden gehen, in die Badewanne gehen ist ein großes Problem für ihn und was er immer wieder selbst beschreibt, dass er, ja, das Zahnpaste drauf machen, das war auch schon im freien Interview der Fall, dass er die nicht richtig dosiert und dass er da Hilfe braucht“* (Fall 1 BF 4, C 42) sowie der damit verbundene Selbständigkeit *„mein Gedanken sind, dass ich mir vorstellen kann, dass sie aufgrund der Situation zuhause und auch wie sich hier die Mutter im Gespräch gibt, sehr unsicher ist und ihr die Anleitung zuhause fehlt und da alles schon mal drunter und drüber gehen*



*kann. Ich glaube das eigentliche Problem ist nicht die Körperpflege, sondern eher wie kann sie Hamid anleiten und begleiten, dass er selbständig werden kann“ (Fall 1 BF 4, C 43).*

Zudem werden potentielle Barrieren aus dem Alltag erwähnt. Davon ausgehend, dass das Kind die Betätigung eigentlich durchführen kann, es jedoch potentielle Einschränkungen auf Seiten der Umwelt gib wie z. B. ein hoher Badewannenrand *„da doch ganz viele Aspekte dafür sprechen, dass Hamid durchaus sich allein duschen kann und da ne Barriere ist [...] Die Barriere der Badewanne wahrscheinlich“ (Fall 1 BF 4, C 47)* oder in Bezug auf die körperlichen Funktionen wie Konzentration und Merkfähigkeit *„auf Toilette gehen - da auch, dass sie einfach vergisst, bestimmte Sachen zu machen, in dem Fall ist es jetzt, sie vergisst beispielsweise die Hände zu waschen“ (Fall 2 BF 4, C 49).*

Bei Fall 1, der von der Klientengruppe in diesem BF am heterogensten bewertet ist, werden von den PEAP-Materialien sowohl das Bewertungsraster als auch die Kommentarbeispiele zur Bewertungsfindung eingesetzt, häufig geschieht dies in Kombination *„beim Bewertungsraster die 3, das ist eine 7, dann bei der Zusammenfassung der Eltern ist es auch eine 7 und jetzt brauchen wir noch die Kommentarbeispiele [...] also Zähne putzen, das Zahnpaste dosieren und unter Aufsicht waschen, duschen, baden, das sind 50 %, das heißt wir liegen da bei mehreren schwierigen Betätigungen und, wir haben auch eine 3, also ein deutliches Problem und zum geringen Teil zufriedenstellend, da sind wir jetzt auch bei der 3“ (BF 4, C 60).* Oder wie bei Fall 2, wo das Bewertungsraster unterstützend eingesetzt wird *„da bin ich aber dann auch eher bei ner Zwei, wenn ich alle Daten mal so versuch ins Raster einzuführen, einzusetzen. Anzahl der Betätigungen, die schwierig sind und Ausmaß der Bewertung“ (BF 4, C 64).* Bei Fall 3 werden die Materialien von PEAP nicht thematisiert.

Die Ausführung der Betätigung in Relation zum kalendarischen Alter fließt sowohl bei Fall 1 als auch bei Fall 2 in die Bewertungsfindung sowohl im kritischen Fall *„er braucht, wie gesagt, überall Unterstützung und auch wieder im Hinblick auf sein Alter, würde ich hier ebenfalls ein deutliches Problem, mit einem deutlichen Problem bewerten“ (Fall 1 BF 4, C 54)* als auch zur Relativierung der Betätigungseinschränkung *„das es für sie (Mutter) eigentlich noch OK ist das er nicht viel allein kann obwohl er schon sieben wird. Sie hat sich glaub ich dran gewöhnt dass er aufgrund seiner Einschränkung viel Hilfe braucht“ (Fall 1 BF 4, C 55).*

Die Auswirkungen auf die Teilhabe im Alltag wird nur bei Fall 1 beschrieben und bezieht sich auf die negativen Folgen die Umweltbarrieren auf die Handlungsfähigkeit haben können *„dass die Badezimmer-Situation mit den Kanten bzw. erhöhtem Einstieg etc. zuhause ja anders ist und da soll es ja auch im häuslichen Umfeld klappen und nicht nur in der Schwimmhalle beispielsweise, wo alles ebenerdig begehbar ist“ (Fall 1 BF 4, C 40).*

#### 10.2.7.3.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

Bei dieser Hauptkategorie wird überwiegend die Unterkategorie Fertigkeiten Kind, mit insgesamt 5 Codierungen, benannt, während die Kompetenz Therapeutin eine Nennung aus Fall 1 erhält.

Als kindliche Fertigkeiten werden verbale Aspekte wie *„sie kann auch hier wieder deutlich benennen, was ein Problem ist, was nicht, spricht das auch direkt an, dass sie Unsicherheiten hat hinsichtlich der Bewertung, weil einige Sachen die auf dem Betätigungsfeld angeführt sind (...) gehen gut, andere wiederum nicht, wie sie das jetzt bewerten soll, fragt sie auch direkt die Therapeutin, also auch noch mal, gut so zu sehen, dass, wenn was nicht deutlich ist, wenn sie Fragen hat, dass die dann auch direkt gestellt werden“* (Fall 2 BF 4, C 68) oder eine Kombination aus verbalen und reflektiven Anteilen beschrieben *„was er gerne schön beschreibt, fand ich, ist auch die Situation, wie das mit dem Baden zuhause klappt bzw. in der Schule im Schwimmbad, dass da keine Kanten sind und dass es dann allein geht und zuhause sind halt viele Kanten, ich glaube, er verwendet auch das Wort "klettern", und da, da muss er halt sogar reinklettern oder krabbeln, und sieht dann auch wirklich für sich selbst differenziert den Unterschied wie das zuhause bzw. wie das in der Schule klappt, was da auch von der Selbsteinschätzung sehr gut benannt und verbalisiert wird“* (Fall 1 BF 4, C 67).

Als Kompetenz der Therapeutin aus Fall 1 wird die Gesprächsführung beschrieben *„zuerst wird kein Problem benannt, erst als die Therapeutin wieder auf das offene Interview verweist, wo er auch die Zahnpasta mit der Zahnbürste gezeichnet hat, gibt er wieder an, dass die Zahnpasta auf die Zahnbürste auftragen ein Problem wäre“* (Fall 1 BF 4, C 65).

#### 10.2.7.3.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Am häufigsten werden einschränkende Fertigkeiten des Kindes, mit fünf Nennungen, in Fall 1 thematisiert. Bei Fall 2 werden zwei Nennungen zur Kategorie Gesprächsverlauf gegeben. Fall 3 weist keine hemmenden Aspekte auf.

Die Konzentrationsfähigkeit des Kindes wird als einschränkend erlebt *„da merkt man auch wieder Konzentration mit Fragezeichen in dem Teil, die Betätigungsfeldkarte wedelt er mit so hin und her und später dreht und wendet er sie auch die ganze Zeit auf dem Tisch herum“* (Fall 1 BF 4, C 73) sowie das Aufgabenverständnis *„(da ich) auf dem Video nicht mehr das Gefühl hab, [...] dass er wirklich das noch im Kopf hat, dass er da die Wichtigkeit bewerten soll, sondern ich hab da eher das Gefühl, dass er die Murmeln da rein schmeißt, weil es ihm Spaß macht [...]“* (Fall 1 BF 4, C 76). Zudem scheint das Gespräch für das Kind aus Fall 2 emotional anstrengend *„braucht da anscheinend auch immer noch mal durch diesen kurzen Blickkontakt, der wirklich nur [...] sitzt die Mama noch da [...] irgendwie auch so ein bisschen Rückhalt“* (Fall 2 BF 4 C 78).

Als problematisch von Seiten des Gesprächsverlaufes wird das nicht konkrete Nachfragen der Therapeutin gewertet „*ich finde diesen Punkt jetzt ein bisschen undifferenziert, weil jetzt nicht so viele Dinge, die wirklich nicht klappen beschrieben werden*“ (Fall 2 BF 4, C 71).

#### 10.2.7.4 Betätigungsfeld 12 „aktive körperliche Spiele“

Die Bewertung der Klientengruppe in Bezug auf das Betätigungsfeld 12, zeigt sich wie in Tabelle 80 dargestellt. Der Kendalls W liegt bei Betätigungsfeld 12 bei .958 und weist eine exzellente Übereinstimmung auf.

**Tabelle 80: Gesamtbewertung Klientengruppe BF 12**

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
<b>Kind</b>	1/n. b.	10/10	1/n. b.
<b>Mutter</b>	2/4	8/7	1/n. b.
<b>Lehrer</b>	1/n. b.	3/4	1/n. b.

Im ersten Fall wird das Betätigungsfeld insgesamt als leicht problematisch bis unauffällig beschrieben. Das Kind und die Lehrer bewerten es als unproblematisch, von der Mutter wird es als leicht problematisch mit etwas Wichtigkeit bewertet. Bei der Bewertung beziehen alle Teilnehmer der Klientengruppe die visusbedingten Einschränkungen in die Bewertung mit ein. Hamid erwähnt, dass ihm die Betätigungen aus diesem Feld Spaß bereiten.

Bei Fall 2 werden von allen beteiligten Personen Probleme in unterschiedlichem Ausmaß beschrieben. Merle erlebt in diesem Betätigungsfeld massive Probleme, bei dem ihr eine Veränderung sehr wichtig ist. Sie vergleicht sich dabei sehr stark mit Kindern aus ihrem sozialen Umfeld. Mutter und Lehrer sehen ebenfalls Probleme in diesem Bereich, jedoch erwähnen beide die positive Veränderung in den letzten Monaten. Insgesamt ist die Bewertungen der Mutter kritischer als die der Lehrer und die Mutter formuliert eine deutlichere Wichtigkeit in diesem Bereich.

Bei Fall 3 liegt eine homogene Bewertung vor. Alle drei befragten Personen geben an, dass es in diesem Betätigungsfeld keinerlei Schwierigkeiten gibt. Luis führt die Betätigungen mit viel Freude aus, der Lehrer kann ihn diesbezüglich gut bewerten, da er ihn aus dem Sportunterricht kennt.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 12 folgende Verteilungen in den Kategorien:

Codesystem	Fall 1 ...	Fall 2 ...	Fall 3 ...	SUMME
▾  Bewertungsübereinstimmung				0
Übereinstimmung Klientengruppe			5	5
Übereinstimmung Kind/Mutter			1	1
Übereinstimmung Kind/Lehrerin	5			5
Übereinstimmung Mutter/Lehrer		1		1
Diskrepanz Klientengruppe		2		2
Diskrepanz Kind/Mutter	2			2
Diskrepanz Lehrerin		2		2
Diskrepanz Rater	2	1	2	5
▾  Perspektive Klientengruppe				0
Wahrnehmung Kind	3	9	1	13
Wahrnehmung Mutter	3	1		4
Wahrnehmung Lehrerin	2	2		4
▾  Begründung Rater				0
Auswirkungen Alltag/Teilhabe	2	1		3
Qualität	6	1		7
Alter	1	7	1	9
Material PEAP	2	2		4
▾  hilfreiche Aspekte				0
Kompetenz Therapeutin	1		1	2
Fertigkeiten Kind			1	1
▾  hemmende Aspekte				0
Gesprächsverlauf	1	1		2
eingeschränkte Fertigkeiten Kin		2	1	3
Σ SUMME	30	32	13	75

Abbildung 35: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 12

#### 10.2.7.4.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

Insgesamt gibt es in dieser Kategorie bei den übereinstimmenden Unterkategorien und bei den abweichenden gleich viele Nennungen, die sich jedoch in ihrer Verteilung unterschiedlich zeigen. Übereinstimmende Nennungen gibt es überwiegend in Fall 3 und hier bei der gesamten Klientengruppe (n=5) sowie bei Fall 1 bei der Übereinstimmung Kind/Mutter (n=5). Die Nennungen bei der Diskrepanz verteilen sich gleichmäßiger. Bei der Diskrepanz Rater gibt es bei jedem Fall Nennungen, die weiteren Diskrepanzen konzentrieren sich jeweils entweder auf Fall 1 oder 2, Fall 3 wird nicht genannt.

Die deutliche Übereinstimmung der gesamten Klientengruppe bei Fall 3 bezieht sich auf Nennungen wie „also, die Mutter sieht überhaupt kein Problem. Der Luis sieht kein Problem. Die Lehrer sieht kein Problem. Ich sehe auch kein Problem“ (BF 12, C 3). Es wird deutlich, dass die Rater sich der Meinung der Klientengruppe auch auf Grundlage eigener Beobachtungen anschließen „für die komplette Klientengruppe kein Problem [...] da hat man ja auch in der freien Beobachtung auch gesehen, dass er einfach Spaß an Bewegung hat“ (BF 12, C 2). Bei Fall 1 gibt es fünf übereinstimmende Aussage zwischen Kind und Lehrer, dass für die Betätigungen aus dem BF keine Schwierigkeiten vorliegen „die Lehrer und Hamid haben beide kein Problem angegeben“ (BF 12, C 12). Diese Aussage wird als entscheidender angesehen, als die Schwierigkeiten, die von Seiten der Mutter beschrieben werden

*„aber insgesamt, da die Lehrer kein Problem sieht und Hamid auch nicht und die Mutter, da denke ich es steht in Beziehung zu seinen Schwierigkeiten mit dem Sehen insgesamt, das hätte sie gerne verbessert und bewertet dadurch mit einer schlechteren Tendenz“ (BF 12, C 10).*

Die Diskrepanz des Raters wird mit fünf Nennungen am häufigsten thematisiert. So bringen die Rater hier ihre fachliche Expertise mit ein, was Einfluss auf die Bewertung haben kann *„außerdem hab ich Merle ja im Video gesehen und ja ich fand [...] ihre Motorik schon auch eine deutliche Koordinationsstörung und obwohl die Mutter und die Lehrer das nicht so dramatisch, also auf ein massives Problem eingeschätzt haben, würde ich das aus meiner fachlichen Sicht schon so sehen“ (Fall 2 BF 12, C 22)* oder nur der Beschreibung dient *„das hat mich ehrlich gesagt so ein bisschen verwundert, dass das so gut eingeschätzt wurde weil das [...] so von den Beobachtungsvideos hatte ich schon so das Gefühl, dass er da nicht nur vom Sehen, sondern auch von der Koordination her [...] doch auch recht eingeschränkt ist aber ist ja schön dass er trotzdem das scheinbar alles gut hinkriegt“ (Fall 1 BF 12, C 20).* Die Diskrepanz der Klientengruppe wird ausschließlich bei Fall 2 thematisiert *„Merle (hat sich) sehr schlecht bewertet, Mutter ein bisschen besser und die Lehrer am besten hier mit zwei plus, (sie) hat auch geschrieben das sie da eigentlich gut mitmacht in der Schule und sich große Mühe gibt und das wohl auch ganz gut klappt“ (BF 12, C 15).* Hier wird aber von manchen Ratern der Schwerpunkt auf die Diskrepanz in Bezug auf die Wahrnehmung der Lehrer gelegt *„Merle sieht in den körperlichen Aktivitäten und Spielen ein massives Problem, es ist ihr sehr, sehr Wichtigkeit dies zu verändern. Die Mutter sieht auch ein deutliches Problem, die Lehrer hingegen vergleicht Merle nicht mit den anderen Kindern, sieht den deutlichen Fortschritt“ (BF 12, C 19).* Die Diskrepanz zwischen Kind und Mutter wird nur in Fall 1 deutlich *„Hamid hatte jetzt keine Probleme bei aktiven körperlichen Spielen angegeben, hatte aber selbst auch gesagt na ja Fußball spielen mit dem kleinen Bruder und die Mutter sagt na ja sie sieht schon das es nicht ganz so einfach ist für den Hamid“ (BF 12, C 17).*

#### 10.2.7.4.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

Hierbei bezieht sich der Schwerpunkt der Nennungen auf die Wahrnehmung der Kinder (n=13), wobei neun Nennungen auf Fall 2 entfallen. Die Wahrnehmung der Mutter und der Lehrer wird jeweils mit vier Nennungen nur in Fall 1 und Fall 2 thematisiert.

Die kindliche Wahrnehmung aus Fall 2, die von den Ratern wahrgenommen wird, bezieht sich auf die hohe Wichtigkeit des Kindes in Bezug auf die Betätigungen aus dem BF *„die Merle selbst möchte das aber ganz gerne auf jeden Fall verändern. Seilspringen ist schwierig, Klettern ist schwierig. Den Ball zu fangen ist schwierig“ (BF 12, C 32).* Zudem zeigt *„[...] eben auch da so ein [...] hohes Problembewusstsein bei Merle [...]“ (BF 12, C 33).* Aber auch im positiven Sinne wird die Wahrnehmung des Kindes von den Ratern thematisiert *„Aktive körperliche Spiele durchführen, sagt*

*er, das kann ich gut. Das hört sich auch sehr ehrlich an und ich habe das auch im Video gesehen“ (Fall 3, BF 12, C 37) sowie „es scheint ja, sowie Hamid es auch ausführt, ist er ja damit ganz zufrieden. Ihm scheint es sehr gut zu gehen damit“ (Fall 1 BF 12, C 25).*

Die Wahrnehmung der Mutter im negativen Falle zeigt sich bei Fall 3 *„es scheint kein Problem im Alltag dazustellen, aber es ist ein wahrgenommenes Problem der Mutter“* (BF 12, C 38), sowie im positiven Fall bei Fall 2 *„bei der Videosequenz von der Mutter, da nimmt sie direkt Bezug darauf, dass sie auch mit der Lehrer bereits gesprochen hat, über die sportlichen Leistungen die Merle in der Schule zeigt und da sagt, im Vergleich mit anderen Kindern, das ist natürlich immer noch ein Problem, allerdings hat halt die Lehrer auch rückgemeldet, dass sie sich sehr, sehr stark verbessert hat, was halt ihre sportlichen Leistungen auch angeht und es merkt man der Mutter auch so richtig an, sie erzählt das auch mit Stolz, lacht auch, also freut sich natürlich auch sehr darüber“* (Fall 2 BF 12, C 41).

Die Perspektive der Lehrer wird aufgegriffen, wenn es um ihre Einschätzungsmöglichkeit aufgrund des Settings indem sie das Kind erlebt, geht *„bei der Lehrer weiß man eben nicht, ob sie auch wirklich bei den Sachen, bei Pausenspielen und Ball eventuell oder auch Sportunterricht wirklich dabei ist. Das ist ja oft getrennt bei den Lehrern“* (Fall 1 BF 12, C 42). Zudem wenn sie das Kind in Relation zu seinen körperlichen Defiziten beschreibt *„die Lehrer schätzt das so ein, weil sie ganz klar sagt, trotz ihres Handicaps, ist sie sehr aktiv dabei und gibt sich voll ein. [...] also betrachte sie in ihrem Rahmen und das ist eigentlich ganz schön, dass sie das so tut. Ist ja dann eher ressourcenorientiert“* (Fall 2 BF 12, C 44).

#### 10.2.7.4.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

Hier werden die meisten Codes für die Unterkategorie Alter (n=9) sowie die Unterkategorie Qualität (n=7) vergeben. Der Einsatz des PEAP-Materials (n=4) sowie die Auswirkungen auf Teilhabe im Alltag (n=3) werden nur in Fall 1 und Fall 2 thematisiert.

Das Alter, überwiegend bei Fall 2 (n=7) thematisiert, wird vom Lehrer bei Fall 2 nicht als ausschlaggebender Punkt erwähnt. Hier spielt die individuelle Entwicklung des Kindes eine entscheidende Rolle *„die Lehrer hingegen vergleicht Merle nicht mit den anderen Kindern, sieht den deutliche Fortschritt den Merle macht und ist ganz begeistert davon wie ihre körperlichen Fähigkeiten trotz Beeinträchtigung sich verbessert haben und gibt großzügig eine 2“* (BF 12, C 60), während Merle den Vergleich mit der Alterskohorte sucht *„und sie vergleicht sich mit den Gleichaltrigen aus ihrem unmittelbaren Umfeld“* (BF 12, C 62), da *„es ist ihr glaube ich sehr wichtig, dass sie da genauso gut ist wie die anderen Kinder, um einfach dabei zu sein“* (BF 12, C 63).

Im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung des Kindes wird das Alter ebenfalls thematisiert *„ich würde die zwei [...] von der Mutter aufgreifen da auch gerade [...] jetzt zunehmend mit zunehmendem*

*Alter einfach auch Ballspiele so als Gruppenspiele interessant werden und das in der Tat ein Problem darstellen kann wenn er den Ball da auch nicht so gut sieht“ (Fall 1 BF 12, C 56).*

Die Qualität der Betätigungsausführung wird aufgrund der körperlichen Einschränkungen relativiert *„das sehe ich eigentlich ähnlich wie bei dem Punkt, Werkzeuge benutzen oder auch Konstruieren, dass da natürlich aufgrund der Funktionsstörung die Problematik da ist“ (Fall 1 BF 12, C 50) oder „Mutter gibt an, dass die Orientierung zum Ball schwierig ist aufgrund der visuellen Problematik“ (Fall 1 BF 12, C 54).* Die Einschränkung des Sehens wird jedoch auch zugunsten der möglichen Betätigungsausführung in den Hintergrund gestellt *„aber für mich hat es eben erneut wieder diese Bedeutung, wie gut wird das eben toleriert und wie schnell kommt er dann einfach auch zu der Auseinandersetzung mit den Dingen, die er eben nicht gut kann und dann sei es auch erst mal dahingestellt, woran es liegt“ (Fall 1 BF 12, C 51).*

Bei den Materialien des PEAP werden wieder die Kommentarbeispiele als Unterstützung bei der Bewertungsfindung eingesetzt *„das ist jetzt vielleicht von den Beschreibungen her vier und von den Kommentarbeispielen doch zu hoch [...] angesetzt deswegen würde ich bei der drei minus bleiben also von den Kommentarbeispielen die passen einfach nicht so ganz zu der vier“ (Fall 2 BF 12, C 67) als auch das Bewertungsraster hinzugezogen „es geht rein um das Fangen und Schießen also wenn man sich das Bewertungsraster anguckt wieder wenige mit einem leichten Problem [...] da ist das zwei plus schon gerechtfertigt und das würde ich auch übernehmen“ (Fall 1 BF 12, C 66).*

Die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe wird in Fall 3 nicht erwähnt, da in diesem Fall die Ausführung der Betätigungen in diesem Betätigungsfeld als unproblematisch beschrieben werden. Die körperlichen Einschränkungen werden durch die Ausführung der Betätigungen im Alltag relativiert *„aktive körperliche Spiele durchführen, dies findet ja meist in geschütztem Rahmen statt und nicht auf unübersehbaren Plätzen, wo es viel Verkehr gibt“ (Fall 1 BF 12, C 47) oder aber erschwerend da „auch wenn, wie da eben die Mutter beschrieben hat, viele Fortschritte da sind, ist das natürlich immer etwas, womit sie konfrontiert wird in der Schulpause, am Nachmittag beim Verabreden und aus dem Grund würde ich dem ein deutliches Problem zuordnen“ (Fall 2 BF 12, C 48).*

#### 10.2.7.4.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

Insgesamt werden wenig unterstützende Aspekte von Seiten der Rater genannt. Es gibt zwei Nennungen in Bezug auf die Kompetenzen der Therapeutin, die sich auf das erneute Nachfragen beziehen *„finde ich gut, dass die Therapeutin nochmal nachfragt sie hatte glaub ich schon angemarkert, dass es alles OK ist“ (Fall 1, BF 12, C 69).* Zudem werden einmal Fertigkeiten des Kindes von den Ratern als unterstützend wahrgenommen, was die Motivation des Kindes zeigt *„dann*



kommt allerdings eine Karte die ihm natürlich jetzt sehr zusagt, also aktiv körperliche Spiele durchführen“ (Fall 3 BF 12, C 72).

#### 10.2.7.4.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Einschränkungen des Kindes werden bei Fall 2 und Fall 3 insgesamt dreimal angesprochen. In Bezug auf die Kategorie Gesprächsverlauf werden je für Fall 1 und Fall 2 eine Nennung gegeben.

Betätigungsfeld 12 findet sich am Ende des Gespräches, aufgrund dessen zeigt ein Kind affektive Einschränkungen in Bezug auf die Motivation „Merle scheint keine Lust mehr zu haben. Sie sagt ganz oft, hatten wir doch schon“ (Fall 2 BF 12, C 75) sowie das Kind aus Fall 3 Ermüdungserscheinungen „also dann merkt man die Konzentration hat nachgelassen, er wird auch schon ein bisschen was müde“ (Fall 3 BF 12, C 76). Emotionale Unterstützung benötigt Merle „gegen Ende hin guckt sie dann auch wieder zur Mutter hin, auch die quasi-Bewegung Rückversicherung“ (Fall 2 BF 12, C 74).

Für die Kategorie Gesprächsverlauf werden zwei Aussagen gemacht, die sich auf die Rater bezieht, da diese aufgrund der vorliegenden Informationen und des nicht selbst durchgeführten Gespräches Schwierigkeiten bei der Bewertung aufgrund des Gesprächsverlaufes empfinden „ich würde fast das ist aber wieder nur ne Vermutung das es sehr viele (Betätigungen) sind [...]“ (Fall 2 BF 12, C 73).

#### 10.2.7.5 Betätigungsfeld 13 „gemeinsam spielen“

Die Bewertung der Klientengruppe bei Betätigungsfeld 13 zeigt sich wie in Tabelle 81 dargestellt. Der Kendalls W liegt bei Betätigungsfeld 13 bei .894 und weist eine exzellente Übereinstimmung auf.

**Tabelle 81: Gesamtbewertung Klientengruppe BF 13**

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
Kind	7/1	1/n. b.	4/1
Mutter	6/10	2/1	1/n. b.
Lehrer	7/4	1/n. b.	1/n. b.

Da Betätigungsfeld 13 werden überwiegend Regelspiele thematisiert. Diese werden von der Klientengruppe in Fall 1 als einheitlich deutlich problematisch beschreiben, jedoch mit einer sehr heterogenen Einschätzung der Wichtigkeit. Hamid sieht in diesem Bereich keine Wichtigkeit, die Lehrer etwas, die Mutter hingegen deutlich.

Bei Fall 2 liegt eine homogene Einschätzung bezüglich des Betätigungsfeldes vor. Lehrer und Kind sehen keine Schwierigkeiten, die Mutter beschreibt ganz leichte Einschränkungen, abhängig vom Spielpartner des Kindes, mit einer geringen Wichtigkeit.



Bei Fall 3 gibt Luis als einziger aus der Klientengruppe eine leichte Problematik bei dem Betätigungsfeld an, die jedoch auch keine Wichtigkeit für ihn hat. Luis beschreibt, dass er in manchen Situationen z. B. beim Spiel mit der Mutter, in Absprache die Regeln verändert. Mutter und Lehrer bewerten dieses Feld als unproblematisch.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 13 folgende Verteilungen in den Kategorien:

Codesystem	Fall 1 ...	Fall 2 ...	Fall 3 ...	SUMME
▾  Bewertungsübereinstimmung				0
Übereinstimmung Klientengruppe	4	5	1	10
Übereinstimmung Kind/Mutter				0
Übereinstimmung Kind/Lehrer	1	1		2
Übereinstimmung Mutter/Lehre	1		6	7
Diskrepanz Klientengruppe	1			1
Diskrepanz Kind/Mutter				0
Diskrepanz Lehrerin				0
Diskrepanz Rater	1			1
▾  Perspektive Klientengruppe				0
Wahrnehmung Kind	1		1	2
Wahrnehmung Mutter	4	2		6
Wahrnehmung Lehrerin	1			1
▾  Begründung Rater				0
Auswirkungen Alltag/Teilhabe		1	2	3
Qualität	3		5	8
Alter	3			3
Material PEAP	5			5
▾  hilfreiche Aspekte				0
Kompetenz Therapeutin	1			1
Fertigkeiten Kind	1			1
▾  hemmende Aspekte				0
Gesprächsverlauf				0
eingeschränkte Fertigkeiten Kin	1	1		2
Σ SUMME	28	10	15	53

Abbildung 36: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 13

#### 10.2.7.5.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

In der Unterkategoriengruppe der Übereinstimmungen gibt es einen deutlichen Schwerpunkt bei den übereinstimmenden Aussagen (n=19) die im Vergleich zu den differierenden Aussagen (n=2) die verbalen Nennungen der Rater dominieren. Die meisten Nennungen (n=10) fallen in die Gesamtübereinstimmung der Klientengruppe mit einem Schwerpunkt auf Fall 1 und Fall 2.

Die Übereinstimmung wird erleichtert, da alle drei befragten Personen bei Fall 1 ein ungefähr gleich gewichtiges Problem erkennen „das wird durchweg von der kompletten Klientengruppe als deutliches Problem beschrieben und dem würde ich mich [...] anschließen“ (Fall 1 BF 13, C 2). Auch wenn die Wichtigkeit der Mutter etwas höher eingestuft wird, beeinflusst dies nicht deutlich das

Bewertungsverhalten der Rater „Bewertung der Klientengruppe drei, da es der Mutter aber sehr, sehr wichtig ist, würde ich eine 3 geben, die Lehrer sagt es sei ein deutliches Problem und Hamid auch“ (Fall 1 BF 13, C 3). Ebenso liegt eine Bewertungsübereinstimmung bei Fall 2 vor, die sich darauf bezieht, dass keiner der befragten Klientengruppe ein Problem in diesem Betätigungsfeld erlebt „da sagt sie (Merle) ganz klar grün. Die Mutter hat auch auf kein Problem getippt und oder kein Problem empfunden. Die Lehrer auch nicht und dem würde ich mich auch anschließen, weil mir das ganz plausibel erscheint“ (Fall 2 BF 13, C 9). Eine deutliche Übereinstimmung liegt bei Fall 3 bei Mutter und Lehrer vor. Hier fließt die leichte, vom Kind genannte Problematik, nur minimal in die Gesamtbewertung ein. „Ich würde mit einer 1 minus kennzeichnen, um zu berücksichtigen, dass Luis ein leichtes Problem auffällt, da die Lehrer und die Mutter jedoch gar kein Problem sehen nur ein leichtes Minus“ (Fall 3 BF 13, C 17). Hier ist die als niedrig eingestufte Wichtigkeit des Kindes ein Thema „Mama und Lehrer sehen da auch keine Schwierigkeit. Luis selbst sieht da wieder ein leichtes Problem, das er aber gar nicht verändern möchte“ (Fall 3 BF 13, C 19). Die Übereinstimmung zwischen Kind und Lehrer ist nur bei Fall 1 und Fall 2 jeweils mit einer Nennung ein Thema „zwischen zwei und drei hätte man sich entscheiden können, ich sag jetzt hier die drei plus weil eben von Kind und Lehrer trotzdem die drei gegeben wurde“ (Fall 1 BF 13, C 12).

Nennungen, die auf eine Diskrepanz hinweisen werden bei diesem Betätigungsfeld selten erwähnt. So gibt es nur eine Nennung die sich auf die Diskrepanz des Raters zur Klientengruppe bezieht „ich habe die Situation in der Beobachtungssituation als sehr positiv erlebt, er (Luis) konnte abwarten, konnte sich an die Regeln halten, hatte Spaß. Die Situation war eher leicht auffällig, vielleicht ist er nicht ganz so geübt in dem Spielen im Alltag“ (Fall 1 BF 13, C 22)

#### 10.2.7.5.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

Die Wahrnehmung der Mutter wird in Fall 1 und Fall 2 am häufigsten thematisiert (n=6), in Fall 3 gar nicht. Die Wahrnehmung des Kindes (n=2) sowie die Wahrnehmung der Lehrer (n=1) wird seltener erwähnt.

Die Mutter in Fall 1 priorisiert eine sehr hohe Wichtigkeit, die Einfluss auf das Bewertungsverhalten der Rater hat, entweder in Richtung kritischer Einschätzung „dadurch dass die Mama das als massives Problem angegeben hat, muss ich das beachten und [...], ich muss mich zwischen zwei Kategorien entscheiden, aber muss die Wichtigkeitsbewertung der Klientengruppe beachten, also muss ich eine 3 geben“ (Fall 1 BF 13, C 26) oder relativierend „die Wichtigkeit (...) ja die schwankt ja zwischen eins und vier. Dann (...) ja bei der Mutter war das so ein bisschen verwirrend fand ich. Daher würde ich da eher in Richtung zwei gehen. Weil ich auch nicht weiß, ob das wirklich so klar war für die Mutter (Fall 1 BF 13 C 28). Die kindliche Wahrnehmung begrenzt sich auf die Aussagen der Kinder, die Einfluss auf das Bewertungsverhalten nehmen „[...] ich würde eine Zwei Plus geben, weil es gibt ja

*nen Grund weswegen Luis das als Problem sieht, als leichtes Problem“ (Fall 3 BF 13, C 24). Die Wahrnehmung der Lehrer ist mit einer Nennung als sehr gering zu bewerten „die Lehrer sieht ja primär das Problem des Sehens, das er an dem ein oder anderen Spiel anscheinend, weil die Figuren zu klein sind oder wie auch immer, das nicht genau überblicken kann, deswegen hat er wahrscheinlich auch nicht die Reihenfolge eingehalten“ (Fall 1 BF 13, C 31).*

#### 10.2.7.5.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

Hier wird die Unterkategorie Qualität (n=8) am häufigsten in Fall 1 und Fall 3 genannt. Diese bezieht sich bei Fall 1 ausschließlich auf den eingeschränkten Visus des Kindes *„aber da hatte ich auch eher das Gefühl, das ist jetzt nicht, weil er sich nicht an die Regeln hält, [...] oder fuschen möchte, sondern eher, weil er das irgendwie auch nicht gesehen hat“ (Fall 1 BF 13, C 35).* Bei Fall 3 wird das von Luis genannte Problem mit dem Einhalten der Regeln aufgegriffen und bei allen Nennungen relativiert *„die Regeln werden zwar umgeändert aber sie werden dann ja trotzdem eingehalten [...] von daher ist das nicht wirklich das die Regeln einfach so nicht eingehalten werden oder irgendwie sich so verdreht werden wie man das gerne möchte“ (Fall 3 BF 13, C 40).*

Der Einsatz des PEAP-Materials wird ausschließlich bei Fall 1 thematisiert. Hier geben die Rater ein schwankendes Einschätzungsverhalten zwischen zwei und drei an *„das heißt deutliche Probleme werden gesehen, allerdings gibt es nur wenige Betätigungen, die konkret schwierig sind. Das heißt also wir sind wieder so zwischen Zwei oder Drei“ (Fall 1 BF 13, C 50).* Hierzu setzten die Rater verstärkt die Kommentarbeispiele, das Raster und/oder die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung<sup>29</sup> ein *„[...] vom Bewertungsraster her war es ja eben nur die Regeln, also nur eines von fünf also weniger Betätigungen mit einem deutlichen Problem also auch zwischen zwei und drei [...] also Bewertungsraster und Kommentarbeispiele sagen beide zwischen zwei und drei“ (Fall 1 BF 13, C 49).*

Ebenso wird die Unterkategorie Alter nur in Fall 1 angesprochen. Hamids Betätigungsverhalten wird in Relation zur Gleichaltrigenkohorte gesehen *„ich würde dort ebenfalls wie die drei Klienten [...] mit einem deutlichen Problem bewerten, weil es eben auch genauso eingeschätzt wird und Regelspiele sind da auch ein wichtiger Punkt, jetzt gerade auch in der Altersgruppe von Hamid“ (Fall 1 BF 13, C 43),* aber auch aus der Entwicklungsperspektive betrachtet *„Regelspiele, da kann er nicht gut abwarten und verlieren, aber das kann sich entwickeln“ (Fall 1 BF 13, C 45).*

---

<sup>29</sup> Die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung wurde von Kraus und Romein nach Abschluss der Skypeschulung der Teilnehmer eingeführt. Die im Jahr 2014 nachrekrutierten Teilnehmer haben die Strukturhilfe im PEAP Workshop kennengelernt. Bei den weiteren Teilnehmern wurde aufgrund von vielfältigen Veränderungen auf eine Nachschulung diesbezüglich verzichtet, sodass nur die Teilnehmer aus dem Jahr 2014 die Strukturhilfe einsetzen.

Die Unterkategorie Auswirkung auf Alltag und Teilhabe wird bei Fall 2 und Fall 3 erwähnt. Hier überlegen die Rater, welche Auswirkungen das Betätigungsverhalten auf den Alltag der Kinder haben, sowohl im positiven Sinne wie *„Luis beschrieb ja, dass es manchmal schwierig ist, vorgegebene Regeln einzuhalten, ich würde das jetzt aber nicht als leichtes Problem bewerten, weil es, glaube ich, [...] keine einschränkenden Auswirkungen für den Luis selbst hat“* (Fall 3 BF 13, C 33) als auch im fragenden Sinne *„die Frage ist ja wie geht er dann mit anderen Kindern um. Also wie hält er sich denn an Regeln, wenn er mit anderen Kindern spielt. Will er das dann auch verändern? Darüber gibt es jetzt keine richtigen Informationen, weil das könnte ja eher zu Konflikten führen“* (Fall 3 BF 13, C 34).

#### 10.2.7.5.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

Die unterstützenden und hilfreichen Aspekte werden von den Ratern bei diesem Betätigungsfeld bei allen drei Fällen nur bei Fall 1 (n=1) erwähnt. Hier wird jeweils einmal die Kompetenz der Therapeutin in Bezug auf die Interaktionsfähigkeit thematisiert *„Hamid ist hier motiviert, lässt sich motivieren. Die Therapeutin macht es mit der Stimme wieder etwas spannend und dann ist er auch mit der Aufmerksamkeit mit dabei“* (Fall 1 BF 13, C 51) sowie die kognitiven Fertigkeiten des Kindes (n=1) in Bezug auf Aufgabenverständnis angesprochen *„Regelspiele spielen - da gibt Hamid an, es ist schwierig und setzt auch die Ente in dem Fall auf die Pfütze, also auf ein deutliches Problem und das ist irgendwie für mich so das erste Mal, dass ich so das Gefühl habe, och Mensch, jetzt hat er die Aufgabenstellung auch wirklich verstanden“* (Fall 1 BF 13, C 52).

#### 10.2.7.5.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Wie die hilfreichen, werden für dieses Betätigungsfeld auch die hemmenden Aspekte wenig thematisiert. So gibt es keine Nennungen zum Gesprächsverlauf und zwei Nennungen, die sich einmal auf Fall 1 und einmal auf Fall 2 im Hinblick auf die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes und hier konkret auf die kognitiven Funktionen (Aufgabenverständnis und Konzentration) beziehen *„wirklich Konzentration sinkt weiter, es war am Anfang schon so ein bisschen, konnte man es merken, dass sie so leicht dazu tendiert, so ein bisschen in die Babysprache zu gehen, das war jetzt dann bei den Äußerungen in dem Betätigungsfeld 13 sehr stark - also dass sie sehr stark so in eine babyhafte Stimme verfällt. Sie fragt dann auch am Ende noch, wie viele Karten es noch sind, also dass es da auch wieder ganz deutlich zeigt, wieviel muss ich noch.... ich kann nicht mehr bzw. so es reicht jetzt“* (Fall 2 BF 13, C 54).

## 10.2.8 Zusammenfassung Ergebnisse Betätigungsfelder hohe Konkordanz

### 10.2.8.1 Kategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

BF 3: Insgesamt liegen bei diesem BF 14 Codes zu übereinstimmenden Kategorien vor, die Kategorien bezogen auf die Diskrepanzen kommen insgesamt nur auf acht Codes. Die Übereinstimmung der ganzen Klientengruppe ist mit sechs Codes, sowie die Übereinstimmung bei Kind/Mutter, ebenfalls mit sechs Codes am höchsten. Die Übereinstimmung der kompletten Klientengruppe bezieht sich nur auf Fall 2 und Fall 3, die Übereinstimmung Kind/Mutter überwiegend auf Fall 1 (n=5). Die Einschätzung der Lehrer bei Fall 1 weicht mit „keinem Problem“ von den Einschätzungen von Mutter und Kind ab, während die Einschätzungen bei Fall 2 und Fall 3 homogener sind. Bei der Diskrepanz sticht die Kategorie Lehrer (n=5) hervor, da das bei Fall 1 von der Mutter am stärksten einschränkend beschriebene (Einnässen in der Nacht) vom Lehrer nicht bewertet wird.

BF 4: Insgesamt liegen bei BF 4 zwölf Codes für die übereinstimmenden Kategorien, hingegen 15 Codes für die differierenden Kategorien vor. Bei BF 4, ist wie bereits bei BF 3 die Übereinstimmung der kompletten Klientengruppe mit neun Codes am höchsten. Davon entfallen 8 Codes auf Fall 3, bei dem eine homogene Bewertung der Klientengruppe (kein Problem und keine Wichtigkeit) angegeben wird. Die Rater schließen sich dieser Einschätzung an. Bei der überschneidenden Einschätzung Kind/Mutter liegen drei Nennungen vor, die sich zweimal auf Fall 1 beziehen. Bei Fall 1 liegt die Einschätzung des BF von Mutter und Kind sehr nah beieinander, die Einschätzung der Lehrer hingegen differiert deutlich. Dies zeigt sich auch an der Ausprägung der Bewertungskategorien Diskrepanzen. Hier ist die Kategorie-Diskrepanz Lehrer mit neun Codings am stärksten vertreten. Die Rater vermuten, dass das Betätigungsfeld „den Körper pflegen“ wird im schulischen Kontext nicht so häufig ausgeführt. Für die Diskrepanz der ganzen Klientengruppe liegen insgesamt drei Codings vor, die sich mit zwei Codings auf Fall 2 beziehen. Hier wird die differierende Wichtigkeit (Mutter 4, Kind 10) in den Vordergrund gestellt.

BF 12: Es gibt bei den übereinstimmenden (n=12) und den abweichenden (n=11) Unterkategorien fast gleich viele Nennungen. Die deutlichste Übereinstimmung liegt bei Fall 3 vor, hier zeigt die Klientengruppe mit fünf Nennungen ein einheitliches Bewertungsverhalten (alle: kein Problem, keine Wichtigkeit). Die Übereinstimmung zwischen Kind und Mutter sind bei Fall 1 mit ebenfalls fünf Nennungen dominant. Hier haben Kind und Lehrer ebenfalls kein Problem und keine Wichtigkeit bei diesem BF benannt, die Mutter hingegen schon. Die Aussagen von Kind und Lehrer werden jedoch als ausschlaggebender als die von der Mutter wahrgenommen.

Die Diskrepanz der Rater ist am deutlichsten (n=5). Hier bringen die Rater ihre eigene Beobachtung mit ein z. B. die motorische Beobachtung aus einem Video, in der das Kind deutliche

Koordinationsstörungen zeigt, die jedoch von Mutter und Lehrer nicht so thematisiert werden. Eine Diskrepanz der gesamten Klientengruppe wird ausschließlich bei Fall 2 thematisiert. Hier zeigt sich die heterogenste Bewertungseinschätzung der Klientengruppe. In diesem Fall spielt die Diskrepanz zur Einschätzung der Lehrer eine Rolle, da diese das Kind nicht mit den anderen Kindern aus ihrer Altersgruppe vergleicht und eher die individuellen Fortschritte sieht. Die Diskrepanz zwischen Mutter und Kind wird nur in Fall 1 deutlich, hier liegt eine leicht unterschiedliche Bewertung vor.

BF 13: Erneut liegt hier ein deutlicher Schwerpunkt bei den übereinstimmenden Aussagen (n=19) im Gegensatz zu den differierenden Aussagen (n=2) vor. Die Übereinstimmung der Klientengruppe ist mit zehn Nennungen dominierend, wobei die meisten auf Fall 2 (n=5) fallen. Hier liegt ein homogenes Bewertungsverhalten der Klientengruppe vor. Fall 1 folgt mit vier Nennungen. Hier wird von allen drei befragten Personen ein ungefähr gleich gewichtiges Problem beschrieben, jedoch mit unterschiedlicher Wichtigkeit, was sich in der Unterkategorie Wichtigkeit zeigt. Zudem liegt bei Fall 3 eine deutliche Übereinstimmung in der Kategorie Mutter/Lehrer (n=6) vor. Beide beschreiben kein Problem in diesem BF und ebenfalls keine Wichtigkeit. Das Kind hingegen thematisiert eine leichte Problematik, die für ihn auch keine Wichtigkeit hat und somit das Bewertungsverhalten der Rater nicht beeinflusst. Die Diskrepanz bezieht sich nur auf eine Nennung durch einen Rater, der die Beobachtungssituation hineinfließen lässt und somit beschreibt, dass das Kind bei der Betätigung gemeinsam spielen nicht so geübt erscheint.

#### *10.2.8.2 Kategorie 2 Perspektive Klientengruppe*

BF 3: Die Beschreibung der Wichtigkeit für ein Betätigungsfeld (von der Klientengruppe) und die von den Ratern beschriebene Wichtigkeit geht miteinander einher. Die Mutter bei Fall 1 beschreibt mit 10 eine sehr hohe Wichtigkeit, die Wahrnehmung der Mutter spielt mit zwölf Nennungen bei den Ratern eine bedeutende Rolle. Bei Fall 2 ist die Wichtigkeit des Kindes mit sieben Nennungen am höchsten, dies wird von den Ratern auch am häufigsten thematisiert (n=6). Die zweithäufigste Wichtigkeit, entweder der Mutter oder des Kindes hingegen wird nicht deutlich erwähnt. Fall 3 zeigt eine ausgewogene Wichtigkeit der Klientengruppe, hier wird von den Ratern ebenfalls ausgeglichen die Wahrnehmung aller drei befragten Personen angesprochen.

BF 4: Hier wird erneut die Perspektive der Person aus der Klientengruppe in den Vordergrund der Beschreibung bei den Ratern gestellt, die die höchste Wichtigkeit für die Ausführung des Betätigungsfeldes beschreibt. Die Wahrnehmung der Kinder dominiert mit fünf Codes, die Kinder in Fall 1 und Fall 2 haben diesem Betätigungsfeld die höchste Wichtigkeitsstufe gegeben. Der Wahrnehmung der Lehrer wird in diesem Betätigungsfeld wenig Bedeutung beigemessen.

BF 12: Die Wahrnehmung des Kindes (n=13) ist hier dominant, wobei sich neun Nennungen auf Fall 2 beziehen. Hier ist die Wichtigkeit des Kindes mit einer 10 bei der Bewertung am stärksten ausgeprägt. Es wird das Problembewusstsein des Kindes bezüglich der Betätigungen thematisiert. Die Wahrnehmung bei Fall 3 bezieht sich auf die positive Einschätzung des Kindes („kann ich gut“). Auch bei der Wahrnehmung von Seiten der Mutter gibt es positive Beschreibungen (Stolz über Veränderungen) oder über subjektiv wahrgenommene Probleme, die im Alltag scheinbar keine Rolle spielen, für die Mutter jedoch Thema sind. Die Wahrnehmung der Lehrer erscheint aufgrund der Bewertungsmöglichkeit nicht so relevant, da sie das Kind womöglich nicht so häufig bei körperlichen Spielen beobachtet.

BF 13: Das Bewertungsverhalten in Bezug auf die Wichtigkeit ist bei Fall 1 am deutlichsten durch die Mutter (Wichtigkeit: 10) geprägt und gibt dadurch die meisten Nennungen (n=4). Dadurch, dass die Mutter das mit einer hohen Wichtigkeit belegt, fließt dies deutlich in die Bewertung durch die Rater mit ein. Kindliche Wahrnehmung (n=2) und die Wahrnehmung der Lehrer (n=1) spielen bei der Bewertung keine deutliche Rolle

#### *10.2.8.3 Kategorie 3 Begründung Rater*

BF 3: die meisten Nennungen beziehen sich auf die Unterkategorie Qualität (n=11). Hier wird beschrieben, wie sich das Problem bei der **Ausführung der Betätigung konkret** zeigt. Oder die Situation wird **relativierend beschrieben**, da das Kind die Betätigung ausführen kann, jedoch z. B. vergisst die Betätigung auszuführen.

Das PEAP-Material wie die Kommentarbeispiele, Bewertungsraster wird hinzugezogen, wenn **verschiedene Einstufungen der Klientengruppe** vorliegen. So ist Fall 1 mit seinen Bewertungen am heterogensten, die PEAP-Materialien werden insgesamt sechsmal thematisiert.

Das Alter spielt eine **relativierende** Rolle. Ist das Kind laut Rater noch gar nicht so weit entwickelt, so muss es gewisse Betätigungen noch nicht ausführen können. Dies macht der Rater in einer abweichenden Einschätzung zur Klientengruppe deutlich. Oder das Kind wird in **Relation zu den gleichaltrigen Kindern** gesetzt, da einer aus der Klientengruppe das Kind mit der Gleichaltrigenkohorte vergleicht und erkennt, dass das Kind hier noch nicht mithalten kann. Zudem wird eine **Zukunftsperspektive** eingenommen, das Kind sollte gewisse Betätigungen für die Zukunft erlernen, da es ansonsten vielleicht von anderen Kindern ausgeschlossen wird. Eine deutliche Rolle spielt das Alter bei Fall 2, da Merles kalendarisches und biologisches Alter aufgrund der extremen Frühgeburt differenzieren.

Die Auswirkungen der Betätigungsschwierigkeiten auf Alltag und Teilhabe werden in allen drei Fällen nur wenig thematisiert. Es lassen sich zwei Gruppen erkennen. Die **erschwerende Situation**, wenn



das Kind durch die Betätigungsschwierigkeiten z. B. in seiner Rolle als Schulkind eingeschränkt wird. Oder die **positive Perspektive**, wenn keine oder geringe Einschränkungen auf die Alltagsfähigkeit durch die Betätigungseinschränkungen erkannt werden.

BF 4: Die meisten Nennungen lassen sich auch hier der Unterkategorie Qualität zuordnen. Die Betätigungen werden differenziert in Bezug auf die Ausführung und die damit verbundene Selbständigkeit beschrieben. Zudem werden potentielle Barrieren bei der Ausführung erwähnt wie z. B. der Rand der Badewanne. Des Weiteren wird die Betätigungsausführung in Verbindung mit den Körperfunktionen Konzentration und Merkfähigkeit gebracht, wenn das Kind z. B. etwas vergisst.

Bei Fall 1 werden die PEAP-Materialien am häufigsten in diesem BF erwähnt (n=5). Fall 1 ist von der Bewertung der heterogenste Fall, während die PEAP-Materialien bei Fall 3, der ein homogenes Bewertungsbild darstellt, nicht erwähnt werden. Das Alter wird kritisch betrachtet, wenn das Kind noch nicht in der Lage ist, die Betätigung ausführen, dies aber in seinem Alter schon müsste oder wenn es eine Betätigung in seinem Alter noch nicht ausführt, das aber für die Klientengruppe in Ordnung ist. Es wird bei diesem BF nur bei Fall 1 eine Auswirkung auf Teilhabe und Alltag erwähnt (n=3), da das Badezimmer als Barriere wahrgenommen wird.

BF 12: Hier lassen sich die meisten Nennungen der Unterkategorie Alter (n=9), sowie der Unterkategorie Qualität (n=7) zuordnen. Die Unterkategorie Alter bezieht sich überwiegend auf Fall 2 (n=7), da Merle aufgrund der Frühgeburt schwer mit ihrer Altersgruppe verglichen werden kann, dies aber während des Gespräches Thema ist. Die Lehrer vergleicht Merle nicht mit ihrer Alterskohorte und ist mit der Bewertung großzügiger, Merle hingegen ist kritischer mit der eigenen Einschätzung ihrer Leistung und vergleicht sich stark mit anderen Kindern. Aber auch im Hinblick auf die zukünftige Entwicklung wird das Alter thematisiert („braucht er jetzt noch nicht, wird aber später ein Thema werden“).

Die körperliche Einschränkung (reduzierter Visus) wird in Fall 1 (n=6) überwiegend thematisiert. Hier wird die Qualität der Betätigungsausführung aufgrund der Einschränkungen relativiert (Kind hat Einschränkungen in der Betätigungsausführung wegen der Visusproblematik) oder aber auch in den Hintergrund gestellt wird, da die Ausführung sich als schwierig gestaltet, egal woran es liegt.

Die PEAP-Materialien werden wenig angesprochen (n=4) und auch nur in Fall 1 und Fall 2, da die Einschätzung von Fall 3 durch seine homogene Bewertung keine weiteren unterstützenden Materialien bedarf. Bei den anderen Fällen werden das Bewertungsraster und die Kommentarbeispiele als Unterstützung zur Einschätzung durch die Rater hinzugezogen. Auswirkungen auf den Alltag und die Teilhabe werden auch in Fall 1 und Fall 2 etwas erwähnt (n=3). Hier werden die körperlichen Einschränkungen der Kinder thematisiert, die entweder erschwerend



oder relativierend in Bezug zu Alltagsschwierigkeiten bei der Betätigungsausführung gesehen werden.

BF 13: Die Unterkategorie Qualität (n=8) wird hier am häufigsten genannt, was sich bei Fall 1 (n=3) ausschließlich auf den eingeschränkten Visus bezieht und bei Fall 3 (n=5) das vom Kind beschriebene Problem, die Regeln einzuhalten, durchweg relativiert. Der Einsatz des PEAP-Materials (Kommentarbeispiele, Raster und/oder Strukturhilfe zur Gesamtbewertung) bezieht sich ausschließlich auf Fall 1 (n=5). Hier liegt eine ausgewogene Beschreibung des Betätigungsproblems in diesem BF vor, jedoch mit stark differenzierender Wichtigkeit, was dazu führt, dass die Rater zu einer schwankenden Einschätzung zwischen zwei und drei gelangen. Als Unterstützung nutzen sie die PEAP-Materialien. Die Unterkategorie Alter bezieht sich nur auf Fall 1 (n=3). Hier wird das Betätigungsverhalten des Kindes in Relation zur Gleichaltrigenkohorte gesetzt sowie aus der Entwicklungsperspektive („kann sich noch entwickeln“) betrachtet. Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe werden nur für Fall 2 und Fall 3 angesprochen. Hier wird die vom Kind beschriebene Problematik positiv relativiert (wenig Auswirkungen auf sein Handeln im Alltag) aber auch fragend betrachtet (mögliche Auswirkungen, die hier nicht erfasst werden).

#### *10.2.8.4 Kategorie 4 hilfreiche Aspekte*

BF 3: Die Kompetenzen der Therapeutin beziehen sich auf das Nachfragen und das erneute Erklären, was besonders bei Fall 3 positiv erwähnt wird. Die Einschätzung der Klientengruppe ist hier homogen, jedoch benötigt das Kind zum besseren Verständnis erneute Erklärungen, die es von der Therapeutin in angemessener Weise erhält. Zudem ist es von Vorteil, wenn die Therapeutin die PEAP-Materialien adäquat einsetzt wie z. B. das Vorlesen aller Betätigungen aus dem Betätigungsfeld.

Die Fertigkeiten des Kindes beziehen sich auf verbale Aspekte z. B. beschreiben einer Situation oder Betätigung und emotional-kognitive Anteile wie das reflektive bzw. kritische Beschreiben der Betätigungsausführung.

BF 4: Die Kompetenzen der Therapeutin werden ausschließlich in Fall 1 einmal erwähnt und beziehen sich auf die Gesprächsführung. Hier hat die Therapeutin die Information aus dem offenen Interview aufgegriffen, was den Gesprächsverlauf unterstützt.

Die kindlichen Fertigkeiten werden in allen drei Fällen erwähnt und implizieren verbale Aspekte wie nachfragen des Kindes und eine Kombination aus verbalen und reflektiven Aspekten, bei der das Kind eine Situation kritisch betrachtend beschreibt.

BF 12: Insgesamt werden wenig unterstützende Anteile in diesem BF benannt. Die Kompetenzen der Therapeutin (n=2) beziehen sich auf das erneute Nachfragen, um detailliertere Informationen zu

erhalten. Als Fertigkeit des Kindes wird bei Fall 3 die Motivation genannt, die das Kind durch eine Karte erhält, bei der für ihn positiv belegte Betätigungen abgefragt werden.

BF 13: Es werden nur bei Fall 1 hilfreiche Aspekte erwähnt. Die Kompetenz der Therapeutin (n=1) bezieht sich auf ihre Interaktionsfähigkeit (Spannung aufbauen), die Fertigkeiten des Kindes (n=1) auf kognitive Anteile (Aufgabenverständnis).

#### *10.2.8.5 Kategorie 5 hemmende Aspekte*

BF 3: Die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes werden in Fall 1 und Fall 3 etwas mehr erwähnt als in Fall 2. Insgesamt werden kognitive Anteile wie Konzentration und Aufmerksamkeit als auch emotionale Anteile wie Thematisierung unangenehmer Aspekte wie z. B. den Toilettengang, angegeben. Der Gesprächsverlauf wird nur bei Fall 3 als ungünstig erwähnt. Hier wird die Sitzposition der Mutter (im Rücken des Kindes) als negativ erlebt, da das Kind die Mutter somit „im Rücken hat“.

BF 4: Überwiegend werden eingeschränkte Fertigkeiten des Kindes in Fall 1 (n=5) beschrieben, die sich auf kognitive Anteile wie Konzentration und Aufgabenverständnis aber auch auf emotionale Anteile wie die Anstrengung, die das Kind während des Gespräches erlebt und sich durch den Blickkontakt zur Mutter Sicherheit sucht, beziehen. Bezüglich des Gesprächsverlaufes erweist es sich als einschränkende, wenn die Therapeutin nicht direkt bei der Beschreibung der Durchführung der Betätigungen nachfragt, um konkretere Informationen zu erhalten.

BF 12: Die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes werden bei Fall 1 nicht thematisiert. Hier zeigt das Kind bei dem Gesprächsverlauf eine sehr gute *compliance*, zudem kaum Einschränkungen in der Betätigungsausführung. Betätigungsfeld 12 kommt gegen Ende des PEAP-Interviews. Deshalb werden bei Fall 2 und Fall 3 emotionale Einschränkungen (reduzierte Motivation; verstärkte Unterstützung durch die Mutter nötig) sowie kognitive Einschränkungen (Ermüdungserscheinungen) thematisiert. Die Schwierigkeiten im Hinblick auf den Gesprächsverlauf beziehen sich auf die Videosituation. Die Rater thematisieren zum Teil den Mangel an Informationen, da sie das Gespräch nicht selbst durchgeführt haben.

BF 13: Es werden wenig hemmende Aspekte genannt (n=2), die sich beide Male auf die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes, und hier konkret auf die kognitiven Funktionen (Aufgabenverständnis und Konzentration) beziehen.

### 10.2.8.6 Mixed-method Auswertung Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

#### 10.2.8.7 Betätigungsfeld 6 „konstruieren“

Die Bewertung der Klientengruppe bei Betätigungsfeld 6 zeigt sich wie in Tabelle 82 dargestellt. Der Kendalls  $W$  liegt bei Betätigungsfeld 6 bei .184 und weist eine inadäquate Übereinstimmung auf.

**Tabelle 82:** Gesamtbewertung Klientengruppe BF 6

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
<b>Kind</b>	1/n. b.	1/n. b.	7/1
<b>Mutter</b>	2/4	5/4	1/n. b.
<b>Lehrer</b>	1/n. b.	1/n. b.	1/n. b.

Bei Fall 1 werden viele Betätigungen aus dem Feld als schwierig beschrieben, jedoch das Betätigungsfeld von der Klientengruppe als nicht problematisch bewertet. Es scheint aus der Perspektive der Klientengruppe keine großen Auswirkungen auf den Alltag des Kindes zu haben. Wird das Betätigungsraster hinzugezogen, so wird deutlich, dass viele Betätigungen aus diesem Betätigungsfeld als leicht problematisch erkannt werden, was in Gegensatz zur Einschätzung der Klientengruppe steht.

Bei Fall 2 zeigt das Kind wenig Interesse an den überwiegenden Betätigungen aus diesem BF, wodurch es selbst kein Problem angibt, jedoch erwähnt, die Betätigungen nicht gut zu können. Die Mutter sieht eher die Schwierigkeit in der Verweigerungshaltung als in der Durchführung der Betätigung, der Lehrer beschreibt keine Probleme.

Fall 3 zeigt eine überschneidende unproblematische Einschätzung von Lehrer und Mutter, die jedoch durch die Bewertung des Kindes relativiert wird. Luis beschreibt in diesem Betätigungsfeld einen Teil, das Auffädeln und z. T. das Zusammensetzen von Legosteinen als deutlich problematisch, jedoch ist ihm eine Veränderung in diesem Bereich nicht wichtig. Die Mutter reagiert auf Luis' Einschätzung im Hintergrund mit einem überraschten Gesichtsausdruck, den das Kind aufgrund seiner Sitzposition nicht wahrnimmt.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 6 folgende Verteilungen in den Kategorien:

Codesystem	Fall 1 BF 6	Fall 2 BF 6	Fall 3 BF 6	SUMME
▲ Grad der Bewertungsübereinstimmung				0
Übereinstimmung Klientengruppe	1	1	1	3
Übereinstimmung Mutter/Kind	1			1
Übereinstimmung Mutter/Lehre		2	5	7
Diskrepanz Klientengruppe		1		1
Diskrepanz Kind/Mutter		1	1	2
Diskrepanz Kind			4	4
Diskrepanz Mutter	5	2		7
Diskrepanz Lehrerin				0
Diskrepanz Mutter/Lehrerin				0
Diskrepanz Rater	5	1	5	11
▲ Perspektive Klientengruppe				0
Wahrnehmung Kind	2	5	7	14
Wahrnehmung Mutter	3	4	2	9
Wahrnehmung Lehrerin	1	3		4
▲ Begründung Rater				0
Auswirkung auf Alltag/Teilhabe	5	3	1	9
Qualität	3	4	1	8
Alter	2	1		3
Material PEAP	9	1	1	11
▲ Hilfreiche Aspekte				0
Kompetenzen Therapeutin				0
Fertigkeiten Kind		1	3	4
▲ Hemmende Aspekte				0
Gesprächsverlauf	1	1	1	3
eingeschränkte Fertigkeiten Kin	5		1	6
Σ SUMME	43	31	33	107

Abbildung 37: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 6

#### 10.2.8.7.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

Die übereinstimmenden Codes (n=11) sind bei diesem Betätigungsfeld deutlich weniger als die Codes, die auf eine Diskrepanz hinweisen. Insgesamt werden dort 25 Codes vergeben, wobei die Diskrepanz der Rater zur Klientengruppe deutlich hervorsticht (n=11).

Die Übereinstimmung zwischen Mutter und Lehrer weist mit sieben Codes den höchsten Wert aus Fall 2 und Fall 3, auf. Die Rater relativieren durch die Einschätzung von Mutter und Lehrer die Bewertung des Kindes „*ich würde mich jetzt der Mutter und der Lehrer anschließen und es als kein Problem ansehen, da ich den beiden aus fachlicher Expertise schon einiges zutraue*“ (Fall 3 BF 6, C 66). Oder sie bestärken die Meinung des Kindes indirekt „*also die Mutter erläutert und auch die Therapeutin, dass es für die Mele nicht so wichtig ist das konstruieren und bauen und sie macht das auch nicht so gerne. Lehrer sagt auch, es sei kein Problem*“ (Fall 2 BF 6, C 63).

Die Übereinstimmung der gesamten Klientengruppe wird in allen drei Fällen jeweils einmal thematisiert. Hier wird die Einheitlichkeit aller beteiligten Personen erwähnt „*das ist ziemlich alles gleich [...] aber es wird ziemlich deutlich, dass die Problemerkfassung da eher als klein eingestuft wird,*

von Seiten Hamids und der Lehrer. Die Mutter sieht das auch nicht als SO großes Problem an“ (Fall 1 BF 6, C 58). Die Übereinstimmung zwischen Mutter und Kind wird nur in einem Fall erwähnt. Hier wird die Beobachtung aus der Videosequenz mit hinzugenommen „bei der Mutter in der Videosequenz und da bestätigt sich das nochmal, was Hamid auch gesagt hat, also sie sagt schon, dass es ein leichtes Problem ist bei größeren Puzzeln und sie sagt dann auch, es wäre schon nicht schlecht, wenn er das ohne Hilfe machen würde“ (Fall 1 BF 6, C 61).

Die Diskrepanz des Raters bezieht sich auf Einschätzung der Klientengruppe. Es werden einige Betätigungen als schwierig beschrieben, die jedoch nicht als sehr wichtig eingeschätzt werden, was den Ratern die Einschätzung erschwert. „Hamid sagt, im Grunde genommen, alles gut. Dann gibt es noch diese Information, dass ihm das Puzzle schwer fällt und das Problem Details beachten, Reihenfolgen beachten und so was benannt wird. Da würde ich mich ihm nicht anschließen. Die Lehrer sagen allerdings auch, dass das nicht ein Problem sei [...] das wird relativ kurz abgehandelt in der Befragung eben, anschließen und würde sozusagen Zwei und auch in der Wichtigkeit auch Zwei zuordnen“ (Fall 1 BF 6, C 47).

Zudem fehlen den Ratern Informationen, um eine sichere Entscheidung zu treffen „also ich schwanke zwischen zwei und drei aufgrund der Inhalte des Betätigungsfeldes die eigentlich alle als ja nicht erfüllt angegeben werden. Und ja finde es da ganz schwierig jetzt mich auf einen Bereich festzulegen. Also ich würde [...] ich tendiere wirklich auf die drei und müsste es mir dann halt selbst auch noch mal genau ansehen was jetzt Hamid auch drunter versteht unter leichtem puzzeln beispielsweise wie er dann da auch vorgeht“ (Fall 1 BF 6, C 49). Oder wie bei Fall 2 „finde ich grad schwierig zu bewerten, wobei ich tendenziell dann sagen würde ich gib es mal bei Zwei an. Ich würde jetzt nochmal nachhacken bei Luis und fragen ihn, also wie störend es wirklich ist“ (Fall 2 BF 6, C 55).

Die Diskrepanz der Mutter kommt bei Fall 1 und Falls 2 vor, da hier jeweils anderen Bewertungen der Mütter vorliegen. „Das ist für Hamid und die Lehrer gar kein Problem und für die Mutter ein leichtes und ist auch nur ein bisschen wichtig, dass da was passiert [...] er hat zwar [...] bei fast allen Inhalten des Betätigungsfeldes, Probleme aber das ist wohl nicht besonders gravierend“ (Fall 1 BF 6, C 44). Die Bewertungsdifferenz zwischen Kind/Lehrer und Mutter beeinflusst das Bewertungsverhalten der Rater „mir kommt gerade der Gedanke, dass ich ja sagen kann es ist vielleicht ein leichtes Problem. Ich kann mir das jetzt halt auch vorstellen, weil sie eine Ataxie hat und weil sie es nicht möchte, dass sie da ein Problem hat. Aber es ist nicht wichtig das zu verändern. Weil das ist nämlich bei Merle so und auch bei der Lehrer so (...) Aber da hätte ich trotzdem [...] die Mutter nicht vergessen, die gesagt hat es ist ein leichtes Problem“ (Fall 2 BF 6, C 46).

Die Diskrepanz von Seiten des Kindes wird nur bei Fall 3 (n=4) angesprochen, da hier das Kind in der Bewertung der Problematik des Betätigungsfeldes deutlich von der Einschätzung der Lehrer und der Mutter abweicht *„Mutter sieht kein Problem, Lehrer auch nicht, Luis ist hier kritischer, er sagt er kann manchmal nicht so gut die Dinge einfädeln kann, bei Duplosteinen hat er Schwierigkeiten ist aber lösungsorientiert“* (Fall 3 BF 6, C 35). Dieses Problem wird vom Kind beschrieben, hat jedoch im Alltag scheinbar keine Relevanz *„[...] der Luis selbst sagt, dass es ein deutliches Problem gibt, gibt aber an, dass es für ihn nicht wichtig ist“* (Fall 3 BF 6, C 36).

Die Diskrepanz Kind/Mutter, sowie die Diskrepanz der gesamten Klientengruppe untereinander wird nur zwei bzw. einmal erwähnt, was direkten Einfluss auf das Bewertungsverhalten der Rater hat *„bei Merle ihre Einschätzung würde ich jetzt mal so ein bisschen [...] nicht ganz außen vor lassen aber ich denke sie hat eher ihre Motivation als jetzt die Leistung darin bewertet, deswegen würde ich da jetzt [...] eine zwei ich würde auf jeden Fall keine zwei minus geben da ja von der Lehrer gesagt wird das ist kein Problem aber [...] ja ich würde die zwei, zwei nehmen hier [...] da die Mutter ja doch schon erklären kann, dass es da Schwierigkeiten gibt“* (Fall 2 BF 6, C 39).

#### 10.2.8.7.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

Die Perspektive der Klientengruppe fließt mit 24 Codes in die Bewertung der Rater mit ein. Hier dominiert die Wahrnehmung des Kindes (n=14) vor der Wahrnehmung der Mutter (n=9) und der Wahrnehmung der Lehrer (n=4).

Die Wahrnehmung der Kinder bezieht sich auf ihre eigene Einschätzung bezüglich Wichtigkeit und Problematik bei der Ausführung der Betätigungen. So geben die Kinder an, etwas nicht so gut zu können, messen der Betätigungseinschränkung jedoch keine hohe Wichtigkeit bei *„der Luis selbst sagt, dass es ein deutliches Problem, gibt aber an, dass es für ihn nicht wichtig ist“* (Fall 3 BF 6, C 92), da die Ausführung der Betätigung für das Kind womöglich nicht von Interesse ist *„Merle gibt an, dass sie das nicht gerne macht. Das sie da anscheinend auch kein Interesse daran hat, deswegen ist es für sie kein Problem“* (Fall 2 BF 6, C 87).

Diese Einschätzung spiegelt sich auch bei der Wahrnehmung der Mutter wider *„bei der Aussage von der Mutter sagt sie auch, es ist kein Problem, gibt aber allerdings an, dass er nicht gerne puzzelt, aber er macht es dann manchmal und dann klappt es auch, aber er macht es halt einfach nicht gerne“* (Fall 3 BF 6, C 107).

Zudem wird durch die Wahrnehmung der Mutter eine Diskrepanz zwischen Beschreibung der Betätigungsprobleme und der Einschätzung deutlich *„die Mutter selbst sagt auch eigentlich von den angegebenen Nachfragen eigentlich da klappt wirklich eigentlich gar nix und für sie ist es ein leichtes Problem“* (Fall 1 BF 6, C 100).

Die Perspektive der Lehrer wird in diesem Betätigungsfeld als wichtig erachtet „[...] die Lehrer ich denke die sieht das sicher auch mal wenn irgendwelche Puzzele Aufgaben oder so gestellt werden [...] oder was anderes nachgebaut oder gebaut werden soll“ (Fall 2 BF 6, C 98), wobei hier noch weitere Informationen fehlen „die Lehrer sagt halt hier auch kein Problem, wobei da auch keine nähere Ausführung da ist inwiefern was sie da jetzt genau beurteilt“. (Fall 1 BF 6, C 96).

#### 10.2.8.7.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

Hier zeigt sich eine ausgewogene Verteilung bei dem Einsatz des PEAP-Materials (n=11), der Auswirkung auf den Alltag und die Teilhabe (n=9), sowie die Qualität (n=8). Nur die Kategorie Alter wird mit weniger Nennungen kodiert (n=3).

Die zur Verfügung stehenden Materialien (Kommentarbeispiel, Bewertungsraster und Rechenmöglichkeit) werden in Kombination eingesetzt, um zu einer Gesamtbewertung zu gelangen „also fünf von sechs, das heißt, da sind wir schon bei schwieriger Betätigungen, [...] was dann auf jeden Fall eine 3 bedeutet, ja, also beim Bewertungsraster müssen wir dann eine 3 geben, [...] wichtig ist es nicht sehr, sind wir eher bei einer 2 bei der Mama, das heißt, das sind 4 Punkte, das heißt insgesamt haben wir ne 1 minus, wenn man Kind/Eltern/Lehrer zusammenfassen, das sind 2 Punkte plus die 2 minus von den Kommentarbeispielen sind 5 Punkte plus die 7 vom Bewertungsraster plus die 4 von der Wichtigkeit, sind wir bei 8, sind doch 1, 2, 3, 4 sind wir bei 4,5, also zwischen einer 2 und einer 2 minus“ (Fall 1, BF 6, C 19). Der Einsatz der Materialien führt aber auch zu Schwierigkeiten „also ich würde sagen, es sind ja ganz viele Bereiche bis zu 100 %, die [...] als schwierig eingestuft werden. Mit leichter Problemlage. Da müsste man laut Raster jetzt eigentlich ne Drei geben. Von meinem Gefühl her, sehe ich das aber nicht als Drei“ (Fall 1 BF 6, C 22).

Das Betätigungsfeld wird von den Ratern als relevant im Hinblick auf die schulische Teilhabe erachtet „dieses konstruktive, was man auch halt beim Puzzeln hat, dieses analytische natürlich auch noch für andere, aus ergotherapeutischer Sicht für andere Entwicklungsschritte, und dann halt gerade auch für den schulischen Bereich wirklich notwendig ist“ (Fall 1 BF 6, C 7). Aber auch die Wichtigkeit der Klientengruppe spielt hier wieder eine Rolle „vielleicht ist das einfach nicht so eine bedeutungsvolle Betätigung oder die machen das nicht viel Zuhause weil sie schon wissen das der Hamid das nicht kann“ (Fall 1 BF 6, C 9).

Die Qualität der Betätigungsausführung bezieht sich auf die Nennung von schwierigen Betätigungen, die jedoch keine oder kaum Relevanz für die Klienten haben „ich denke das ist ihr gutes Recht nicht unbedingt an die Sachen ranzugehen die sie nicht so gerne macht und die ihr schwer fallen. Dafür macht sie aber andere konstruktive Sachen wieder gut und die sie auch interessieren also das gleicht das Ganze auch wieder aus“ (Fall 2 BF 6, C 31). Jedoch wird das Meiden von Betätigungen auch

anders bewertet „Das Fädeln würde ich jetzt eher ja (...) also er hat Feinmotorik Problem und auch Desinteresse von ihm bewerten. Deswegen möchte er es nicht ändern. Ok oder die Bausteine gehen nicht zusammen. Ja also genau mein Eindruck ist jetzt er möchte es nicht ändern, weil er das als frustrierende Tätigkeit empfindet und da jetzt nicht so ein Interesse daran hat“ (Fall 3 BF 6, C 32). Die Verweigerungshaltung wird von Teilen der Klientengruppe als problematisch geschildert „ich höre raus, dass der Mutter es eher wichtig ist, dass sie das einfach tut auch wenn es ihr schwerfällt. Müsste man jetzt während der Therapie schauen ob es Merle wichtig ist“ (Fall 2 BF 6, C 30).

Die Kategorie Alter bezieht sich auf den Vergleich mit anderen Kindern im negativen wie positiven Sinne „Merle scheint aber andere Freizeitaktivitäten nachzugehen, wie Lesen und Malen, das macht sie zu ihrer Zufriedenheit, wie es scheint. Sie hat also kein Druck irgendwie, dadurch das andere Kinder das machen“ (Fall 2 BF 6, C 4).

#### 10.2.8.7.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

In dieser Kategorie wird ausschließlich die Unterkategorie Fertigkeit Kind bei Fall 3 (n=3) und Fall 1 (n=1) codiert, die Kompetenzen der Therapeutin werden nicht angesprochen.

Die Fertigkeiten der Kinder beziehen sich auf verbale Aspekte in Bezug auf Sprachkompetenz „also er beschreibt das schon sehr differenziert. Er beschreibt ja was vielleicht einfach nicht gut klappt, aber er nennt gleichzeitig auch die Strategien die er dann einsetzt“ (Fall 3 BF 6, C 81) sowie in Bezug auf den strategischen Einsatz „da wird das, was sie nicht kann dann versucht zu überspielen oder zu überreden, durch das, was sie gut kann, nämlich das Malen in dem Fall“ (Fall 2 BF 6, C 78). Auch die Konzentrationsfähigkeit wird positiv erwähnt „man merkt aber so jetzt langsam, ganz leicht, dass er so ein ganz klein bisschen unruhig wird, aber man hat jetzt noch nicht das Gefühl, dass jetzt die Konzentration dadurch in Mitleidenschaft gezogen ist“ (Fall 3 BF 6, C 79).

#### 10.2.8.7.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Bei den hemmenden Aspekten stehen die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes (n=6) im Vordergrund, die besonders bei Fall 1 (n=5) deutlich sind. Die hemmenden Aspekte, die den Gesprächsverlauf betreffen, werden in jedem Fall einmal thematisiert (n=3).

Die Einschränkungen beziehen sich auf den kognitiven Bereich mit Konzentration, Ausdauer und Aufgabenverständnis „also beim Kind, bei Hamid, auch da ist wieder von der Aufmerksamkeit/Konzentration zu beobachten, er spielt halt die ganze Zeit mit der Murmeldose und will auch schon direkt am Anfang die Murmeln legen“ (Fall 1 BF 6, C 69), aber auch die Fähigkeit, sich selbst einschätzen zu können „bei Hamid [...] hab ich einfach immer weiter das Gefühl das es für ihn zu differenziert ist, das ihm die eigene Einschätzung schwer fällt [...]“ (Fall 1 BF 6, C 73).



Für den Gesprächsverlauf wird die Anwesenheit der Mutter als ungünstig erwähnt *„irritiert hat mich, genau wie den Jungen glaube ich auch, das die Mutter dann gelacht hat. Da fand ich es eher wieder ungünstig, dass sie da saß“* (Fall 3 BF 6, C 77) sowie fehlende Informationen aufgrund der Aufnahme und der Unterlagen. Zudem fehlen den Ratern bei diesem Betätigungsfeld wichtige Betätigungen, die sich aus dem Gespräch ergeben haben *„[...] aber alles andere was zum Konstruieren dazugehört, wenn man z. B. große Teile hernimmt oder ja eben das Lego spielen, das ist alles irgendwie da nicht drin“* (Fall 1 BF 6, C 75).

#### 10.2.8.8 Betätigungsfeld 8 „Kulturtechniken erlernen“

Die Bewertung der Klientengruppe bei Betätigungsfeld 8 zeigt sich wie in Tabelle 83 dargestellt. Der Kendalls  $W$  liegt bei Betätigungsfeld 8 bei .170 und weist eine inadäquate und insgesamt im Vergleich zu den anderen Betätigungsfeldern die geringste Übereinstimmung auf.

**Tabelle 83:** Gesamtbewertung Klientengruppe BF 8

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
Kind	1/n. b.	1/n. b.	4/4
Mutter	6/10	4/4	1/n. b.
Lehrer	1/n. b.	3/4	5/7

Bei Fall 1 beschreibt Hamid, dass ihm die Betätigungen in diesem Feld sehr wichtig sind, besonders das Malen. Im offenen Interview geht die Therapeutin auf die Schwierigkeiten in diesem Feld ein, was im strukturierten Interview nicht nochmals aufgegriffen wird. Er bewertet dort dieses Betätigungsfeld, ebenso, wie die Lehrer als unproblematisch, wobei es sich um ein Betätigungsfeld handelt, dass deutlich im schulischen Kontext angesiedelt ist. Die Mutter hingegen sieht ein deutliches Problem mit einer großen Wichtigkeit. Sie beschreibt beispielhaft welche Betätigungen Hamid noch nicht selbständig ausführt.

Der Fall 2 zeigt ein homogenes Bild bei der Einschätzung von Mutter und Lehrer in Bezug auf das Erlernen der Kulturtechniken. Merle zeigt sich laut Aussagen der beiden Personen sehr bemüht und motiviert in den Betätigungen, die dieses Betätigungsfeld betreffen. Jedoch kostet es ihr viel Kraft und Anstrengung weshalb Mutter und Lehrer dieses Feld als leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit bewerten. Merle hingegen verbalisiert, dass sie in diesem Betätigungsfeld keine Einschränkungen erlebt.

Bei Fall 3 beschreibt die Mutter keine Schwierigkeiten in diesem Betätigungsfeld, sie teilt somit die Beschreibung von Luis nicht. Dieser benennt im speziellen die Stifthaltung (kein Dreipunkt-, sondern

ein Vierpunktgriff) und die Lehrer zusätzlich das fortlaufende Zeichnen von kleinen Mustern als problematisch, wobei wenig thematisiert wird, welche Auswirkungen die genannten Probleme auf den Alltag haben.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 8 folgende Verteilungen in den Kategorien:

Codesystem	Fall 1 BF 8	Fall 2 BF 8	Fall 3 BF 8	SUMME
▲  Grad der Bewertungsübereinstimmung				0
Übereinstimmung Klientengruppe		1		1
Übereinstimmung Mutter/Kind				0
Übereinstimmung Mutter/Lehre		2		2
Diskrepanz Klientengruppe		1	4	5
Diskrepanz Kind/Mutter	2			2
Diskrepanz Kind		3		3
Diskrepanz Mutter	7		1	8
Diskrepanz Lehrerin				0
Diskrepanz Mutter/Lehrerin	1			1
Diskrepanz Rater	1		2	3
▲  Perspektive Klientengruppe				0
Wahrnehmung Kind	4	4	4	12
Wahrnehmung Mutter	6	2	2	10
Wahrnehmung Lehrerin	3	5	4	12
▲  Begründung Rater				0
Auswirkung auf Alltag/Teilhabe	7	2	3	12
Qualität	5	5	8	18
Alter		3		3
Material PEAP	5			5
▲  Hilfreiche Aspekte				0
Kompetenzen Therapeutin	1	1	2	4
Fertigkeiten Kind		4	2	6
▲  Hemmende Aspekte				0
Gesprächsverlauf	3	3	1	7
eingeschränkte Fertigkeiten Kin	2			2
Σ SUMME	47	36	33	116

Abbildung 38: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 8

#### 10.2.8.8.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

Insgesamt liegen wenig Codings bei den übereinstimmenden Kategorien vor (n=3) jedoch eine deutliche Ausprägung bei den Codings die sich auf die Diskrepanzen beziehen (n=22). Die übereinstimmenden Codings beziehen sich dabei ausschließlich auf Fall 2, die differierenden mehrheitlich auf die Fälle 1 und 3.

Die Übereinstimmung bei Mutter und Lehrer ist auf die ähnlich problematische Bewertung (im Gegensatz zum Kind) des BF zurückzuführen „Ok, so viele anders sieht die Mutter das nicht. Sie

*bewertet es mit einer 2, die Lehrer mit einer 2 plus, da sind sie sich relativ einig“ (Fall 2 BF 8, C 64).* Wobei die Differenzierung zwischen der Einschätzung Mutter/Lehrer und Kind nicht von allen Ratern wahrgenommen wird *„allgemein ist es für alle eine leichtes Problem bis hin zum Plus oder gar keins“ (Fall 2 BF 8, C 62),* was als Übereinstimmung der gesamten Klientengruppe gewertet wird.

Die deutlichste Diskrepanz liegt insgesamt bei der Bewertung zur Mutter (n=8). Hier wird besonders bei Fall 1 (n=7) der Schwerpunkt gesetzt, da die Mutter ein deutliches Problem mit einer großen Wichtigkeit beschreibt, während das Kind und die Lehrer kein Problem erkennen. *„Von der Bewertung her ist das so, dass Hamid kein Problem sieht, die Lehrer sieht in dem Bereich auch kein Problem, die Mutter sieht ein deutliches Problem plus mit der Wichtigkeit 4, also sehr, sehr hoch gescored, von der Gesamtbewertung“ (Fall 1 BF 8, C 50).* Der Unterschied wird von den Ratern als überraschend beschrieben, eine mögliche Erklärung wird in der unterschiedlichen Auffassung des Betätigungsfeldes gesehen *„da die Lehrer es als überhaupt kein Problem beschreibt bezüglich der Kulturtechniken, ich kann mir vorstellen, dass es eher was wie Anleitung, dabei bleiben, Strukturierung beinhaltet als die Lerninhalte. Somit würde ich insgesamt, tendiere ich jetzt zu einer 1 aber mir ist schon wichtig die Beurteilung der Mutter, die das als deutliches Problem mit einer hohen Wichtigkeit empfindet, mehr miteinzubeziehen“ (Fall 1 BF 8, C 53).*

Die Diskrepanz der gesamten Klientengruppe (n=5) bezieht sich überwiegend auf Fall 3 (n=4). Es werden von Kind und Lehrer unterschiedlich deutliche Probleme beschrieben, von der Mutter jedoch nicht, *„hier ist jetzt doch wieder ein bisschen unterschiedlich von der Bewertung her [...] das Kind sieht das von der Schule, die Mutter sieht es nicht, die Lehrer schätzt das am schlechtesten ein [...] und für die ist das auch am wichtigsten“ (Fall 3 BF 8, C 49).* Der Problembereich, der vom Lehrer und vom Kind wahrgenommen wird bezieht sich auf die Stifthaltung *„Kulturtechniken erlernen auch da wird es wieder aufgegriffen mit der Stifthaltung, dass die Finger noch nicht richtig sitzen laut der Lehrer, Mutter sieht da keine Probleme, die Lehrer hingegen hat das auch mit einer Wichtigkeit von Drei gesehen. Luis selbst sagt auch, dass es ein leichtes Problem ist“ (Fall 3 BF 8, C 46).*

Da Mutter und Lehrer bei Fall 2 einheitlich bewerten, liegt die hier nur eine Diskrepanz zum Kind (n=3) vor. *„Da wird von Merle kein Problem angegeben. Ganz deutlich, ganz spontan [...] Aber von den Lehrern und der Mutter ein leichtes Problem. (...) Und die Einschätzung lässt sich erst mal nicht so vom Tisch weg wischen“ (Fall 2 BF 8, C 42).* Die Diskrepanz der Rater hingegen verteilt sich auf Fall 1 und 3. Die Rater greifen die nur teilweise in dem Betätigungsfeld vorliegende Problematik auf *„ich würde auf jeden Fall von der drei plus auf ein zwei plus gehen eben weil es nur dieser kleine Teilbereich ist der schwierig ist [...] und sonst es ja scheinbar sehr gut klappt“ (Fall 1 BF 8, C 59)* oder das Finden eines Kompromisses zwischen den unterschiedlichen Einschätzungen *„Ich würde die zwei wählen, da mir die Beobachtung der Mutter auch wichtig sind, sie sagt es ist kein Problem, ich möchte*

*aber trotzdem die zwei, damit deutlich wird, dass es Thema ist in der Klientengruppe“ (Fall 3 BF 8; C 61).*

Die Diskrepanz Kind/Mutter (n=2) und Mutter/Lehrer (n=1) wird ausschließlich in Fall 1 thematisiert, da die Diskrepanz der Mutter zur restlichen Klientengruppe bereits in der Unterkategorie Diskrepanz Mutter deutlich wird. Die Differenzierung zwischen Mutter und einer weiteren Person aus der Klientengruppe scheint dann nicht so relevant, sie wird deutlich bei Aussagen, die sich nur auf zwei Personen beziehen *„bei Buchstaben erkennen, sagt er, das klappt gut, das ist nachher so ein bisschen widersprüchlich mit der Aussage von der Mutter [...]“ (Fall 1 BF 8, C 44)* sowie *„also das heißt das scheint immer in der Schule auch mit den Aufgaben verstehen kein keine größere Schwierigkeit zu sein, aber zu Hause dann doch“ (Fall 1 BF 8, C 58).*

#### 10.2.8.8.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

Die Perspektive der Klientengruppe wird bei diesem BF stark miteinbezogen (n=34). Die Wahrnehmung des Kindes (n=12) sowie die Wahrnehmung der Lehrer (n=12) sind gleichmäßig über die Fälle verteilt. Bei der Wahrnehmung Mutter (n=10) liegt der Schwerpunkt bei Fall 1 (n=6).

Bei Fall 1 und Fall 2 bezieht sich die Unterkategorie Wahrnehmung Kind auf die positive Einschätzung und das Erleben der Ausführung von Betätigungen. Hier steht das Können im Vordergrund *„Hamid wirkt hier ganz entspannt und für ihn wirkt es so, dass er mit seinen schulischen Fähigkeiten zufrieden ist und er ganz besonders zufrieden mit den Zahlen ist“ (Fall 1 BF 8, C 87)* oder *„(das Kind) empfand es als kein Problem und ich meinte auch in ihrem Blick zu sehen, dass das Sachen sind, die sie begeistern“ (Fall 1 BF 8, C 91).* Fall 3 zeigt den Einfluss der Lehrer auf die kindliche Einschätzung *„Luis ist das gar nicht so wichtig, es macht so den Eindruck, dass er weiß, dass das der Lehrer sehr wichtig ist und das ein Thema in der Schule ist“ (Fall 3 BF 8, C 93).*

Die Wahrnehmung der Lehrer spielt eine bedeutende Rolle, da es sich um ein schulisches Thema handelt. Die Rater lassen sich in ihrer Meinungsbildung in diesem BF deutlich von der Einschätzung der Lehrer als Expertin für diesen Betätigungsbereich leiten *„ich meine die Lehrer in der Schule sollte eigentlich [...] da am besten wissen wie fit er da ist, da schätzt sie es auch sehr gut ein“ (Fall 1 BF 8, C 97)* sowie *„ich übernehme dort einfach mal das zwei plus da das ja etwas ist was sie [...] überwiegend in der Schule macht und dann geh ich einfach mal davon aus das da die Lehrer [...] vielleicht nochmal ein differenzierteren Blick [...] hat“ (Fall 2 BF 8, C 101).*

Die Wahrnehmung der Mutter bei Fall 1 wird als sehr deutlich wahrgenommen und steht in Beziehung zur hohen Wichtigkeit *„ich würde auch die Wichtigkeit, ja von der Mutter wird das sehr hoch gesehen“ (Fall 1 BF 8, C 111).* Die Interpretation ist zwischen den Ratern unterschiedlich. Es werden die möglicher Weise überhöhten Ansprüche der Mutter thematisiert sowie die niedrigere

Einschätzung des Problems in Relation zur Wichtigkeit *„das die Mutter ja doch einiges gesagt hat aber scheint dann vielleicht nicht so wichtig zu sein auch wenn es ein Problem vielleicht ist. Sie hat aber Problem schon nicht so doll gewertet“* (Fall 1 BF 8, C 113). Bei Fall 3 wird die Unwissenheit der Mutter thematisiert *„sie überrascht wieder über die Aussagen auch vom Sohn, weil das wusste sie vorher gar nicht, sie sagt auch die Stifthaltung zuhause ist richtig, sie achtet auch darauf, also da ist kein Problem und sie wusste auch gar nicht, dass das in der Schule durch die Lehrer angesprochen wird bzw. dass das in der Schule dann so ist, dass er halt teilweise im 4-Punkt-Griff arbeitet“* (Fall 3 BF 8, C 116).

#### 10.2.8.8.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

Die häufigsten Nennungen beziehen sich bei dieser Hauptkategorie auf die Unterkategorie Qualität (n=18) mit einer gleichmäßigen Verteilung bei Fall 1 und Fall 2 (je n=5) und einer etwas stärkeren Ausprägung bei Fall 3 (n=8). Die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe (n=12) werden am zweithäufigsten thematisiert, hier mit einem Schwerpunkt bei Fall 1 (n=7) und weniger Ausprägung bei Fall 3 (n=3) und bei Fall 2 (n=2). Der Einsatz des PEAP-Materials wird nur bei Fall 1 (n=5) erwähnt, ebenso bezieht sich die Unterkategorie Alter nur auf einen Fall, den Fall 2 (n=3).

Die Qualität wird mit der Einschränkung in den funktionellen Anteilen wie dem Aufgabenverständnis, Wahrnehmungsproblemen, nicht geeigneter Stifthaltung und Koordinationsstörungen, die Auswirkungen auf die Betätigungsausführung haben, begründet – *„die Schwierigkeit da ist, aufgrund der Koordinationsstörung dranzubleiben“* (Fall 2 BF 8, C 27) oder *„die Stifthaltung habe ich auf dem Video gesehen, sie ist nicht ok, deshalb würde ich sie als leichtes Problem ansehen“* (Fall 3 BF 8, C 35). Jedoch werden die funktionellen Einschränkungen auch in Bezug auf die Betätigungsausführung relativiert *„für mich ist das persönlich jetzt kein Problem, wenn er da im 4-Punkt-Griff arbeitet, kommt immer darauf an, wie beweglich er ist in den Fingerspitzen, das geht auch mit 4 Fingern eigentlich ganz gut“* (Fall 3 BF 8, C 38). Des Weiteren wird die reduzierte Selbständigkeit angesprochen *„für die Mama ist es ein Problem, anscheinend verlangt er nach Hilfe, obwohl er es kann und das soll sich ändern“* (Fall 1 BF 8, C 25). Zudem werden auch positive Ausprägungen wie Spaß, Ausdauer und Anstrengungsbereitschaft bei der Durchführung der Betätigungen beschrieben *„ich vermute mal, dass Mama und die Lehrer das auch so positiv oder als leichtes Problem einschätzen in Tendenz positiv, weil Merle anscheinend ne hohe (und) gute Anstrengungsbereitschaft zeigt, das heißt sie ist sehr gewillt da auch dazulernen und sie möchte sich da auch verbessern“* (Fall 2 BF 8, C 31). Zum Teil bleibt aber auch offen, warum das Kind die Schwierigkeiten zeigt *„dann würde ich sagen, ich würde das auch bei ner Zwei sehen, aufgrund der einzelnen Aspekte, Stifthaltung und Sauberkeit anscheinend kleine fortlaufende Muster werden angegeben. Was genau da jetzt schwierig ist wird*

*nicht genauer erfragt. Also ob es dann tatsächlich die Qualität ist oder ob er es nicht so gut kann oder nicht so gut versteht“ (Fall 3 BF 8, C 37).*

Die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe werden bei Fall 1 häufig thematisiert. Hier stehen die funktionellen Einschränkungen und die daraus resultierenden Schwierigkeiten im Vordergrund *„ich kann mir vorstellen, wenn das Aufgabenverständnis problematisch ist und die Umsetzung einer Aufgabe, das ist natürlich bei allen Bereichen in der Schule, ob rechnen, lesen, schreiben (problematisch)“ (Fall 1 BF 8, C 7)*, welche von den Ratern unterschiedlich interpretiert werden. Auf der einen Seite wird in der Schule wenig Einschränkung erlebt da er *„lernt ja auch entsprechend angepasst mit dem Material, das ihm hilft“ (Fall 1 BF 8, C 9)* was dazu führt, dass er im schulischen Setting scheinbar erfolgreich ist *„er scheint ja grundsätzlich den aktuellen Anforderungen doch entsprechen zu können“ (Fall 1 BF 8, C 8)*. Auf der anderen Seite wird Hamids Perspektive in den Mittelpunkt gestellt und vermutet *„vielleicht ist das einfach nicht so eine bedeutungsvolle Betätigung oder die machen das nicht viel Zuhause weil sie schon wissen das der Hamid das nicht kann“ (Fall 1 BF 8, C 10)*. Zudem beschäftigt auch hier die Rater das Thema der Stifthaltung, was zu unterschiedlichen Ergebnissen bei den Ratern führt, da manche dieser wenig Bedeutung beimessen *„also beliebtes Thema die Stifthaltung. [...] da ist mir grundsätzlich erst mal egal wie er den Stift hält, wie gesagt wichtig wäre mir eher noch mal herauszuhören ist das denn dadurch das er den Stift so wie er es gezeigt hat hält für ihn schwieriger beim Schreiben. Also von daher sehe ich jetzt erst mal kein Problem. (..) Und greife das dann praktisch von der Mutter auf“ (Fall 3 BF 8, C 14)* oder den Einfluss der Schule doch deutlicher bewerten *„in der Schule ist es ein Thema, da er den Stift nicht im Dreipunkt-, sondern im Vierpunktgriff hält“ (Fall 3 BF 8, C 15).*

Das PEAP-Material wird nur bei Fall 1 erwähnt, da dieser in der Bewertung der Klientengruppe heterogen ist *„wenn man jetzt dieses Raster hernimmt, trage ich mal die 3 plus ein, das sind 3 Punkte, bei der Wichtigkeit der Mama haben wir ein Sehr wichtig, das ist eine 4, also sind wir da bei 10“ (Fall 1 BF 8, C 17)*. Zudem wäre es für einen Rater aufgrund der vorliegenden Beschreibungen sinnvoll, ein weiteres Betätigungsfeld hinzuzufügen *„was ich in dem Fall machen würde, ich würde da nochmal ein offenes Betätigungsfeld neu eröffnen sozusagen und da Aufgabenumsetzung, Aufgabenverständnis, selbstständiges Ausführen von Hausaufgaben oder wie auch immer das nennen und [...] dort dann die Bewertung der Mutter übernehmen [...]“ (Fall 1 BF 8, C 20).*

Das Alter wird nur bei Fall 2 von den Ratern in Bezug auf die Entwicklungsperspektive erwähnt *„sie wissen, dass Merle noch lernen darf und muss und da es da auch noch Schwierigkeiten gibt“ (Fall 2 BF 8, C 3).*

#### 10.2.8.8.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

Die Kompetenzen der Therapeutin werden insgesamt wenig genannt (n=4) und verteilen sich auf alle drei Fälle, die Fertigkeiten des Kindes (n=6) beziehen sich überwiegend auf Fall 2 (n=4) und werden gar nicht bei Fall 1 erwähnt.

Bei den Kompetenzen der Therapeutin wird die gelungene Motivation des Kindes genannt *„die Therapeutin sagt ihm auch am Ende, so als Motivationshilfe, dass jetzt auch schon über die Hälfte geschafft ist. Sie gibt ihm auch einen Ausblick, was wurde schon gemacht bzw. durch den Einsatz, wie viel steht noch an, was muss noch gemacht werden“* (Fall 3 BF 8, C 83). Zudem wird die Interaktion, wie nach Pausen fragen, und der Austausch mit dem Kind erwähnt *„dann kommt er dann halt auf die Stifthaltung zu sprechen und sagt halt, dass das mit der Stifthaltung nicht so gut klappt und die Therapeutin fordert ihn daraufhin auch auf, das mal eben zu zeigen“* (Fall 3 BF 8, C 82).

Die Fertigkeiten der Kinder beziehen sich auf verbale und reflektive Anteile *„wie gesagt, er ist auch so reflektiert, dass er das selbst benennen kann, dass das derzeit dann noch nicht so gut klappt in der Schule“* (Fall 3 BF 8, C 79) sowie *„Merle macht auf mich den Eindruck, dass sie sehr gut abwarten kann, zuhört, kann Aufträge sehr gut umsetzen“* (Fall 2 BF 8, C 75).

#### 10.2.8.8.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Hemmende Aspekte werden überwiegend in Bezug auf den Gesprächsverlauf (n=7) genannt und hier ausgewogen bei Fall 1 und Fall 2 (je n=3). Die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes spielen nur in Fall 1 (n=2) eine Rolle.

Die Aspekte des Gesprächsverlaufes beziehen sich überwiegend auf das fehlende Nachfragen der Therapeutin und somit die undeutliche Datenlage *„Hm, da hätte ich jetzt gut gefunden, wenn die Therapeutin nachgefragt hätte wo denn das leichte Problem, wo die Mutter das leichte Problem denn sieht“* (Fall 2 BF 8, C 71) da dies dazu führt *„leider keine genauen Beschreibung was das leichte Problem ist, deswegen ist das jetzt wirklich schwierig für mich zu sagen ob es nun eine zwei oder zwei plus ist [...] da wurde jetzt nicht zu [...] nicht sehr viel zu gesagt“* (Fall 2 BF 8, C 72). Sowie einmal auch auf das Verhalten der Mutter im Hintergrund *„die Mutter lacht im Hintergrund“* (Fall 3 BF 8, C 69).

Die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes beziehen sich auf kognitive Anteile wie reduziertes Aufgabenverständnis und eingeschränkte Konzentration *„Hamid wird jetzt zunehmend unruhiger und unkonzentrierter“* (Fall 1 BF 8, C 69).



### 10.2.8.9 Betätigungsfeld 9 „Aufgaben erledigen“

Die Bewertung der Klientengruppe bei Betätigungsfeld 9 zeigt sich wie in Tabelle 84 dargestellt. Der Kendalls  $W$  liegt bei Betätigungsfeld 9 bei .317 und weist eine inadäquate Übereinstimmung auf.

Tabelle 84: Gesamtbewertung Klientengruppe BF 9

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
Kind	4/1	3/4	1/n. b.
Mutter	3/10	3/4	1/n. b.
Lehrer	1/n. b.	3/4	3/4

Bei Fall 1 zeigt sich das Kind kooperativ und aufmerksam. Hamid und seine Mutter beschreiben jeweils ein leichtes Problem und geben entsprechende Beispiele aus dem Alltag, die Hamid eigentlich ausführen kann, es aber nicht macht. Hinsichtlich der Wichtigkeit liegt eine Differenz vor, die Mutter erachtet eine Veränderung der Betätigungen aus diesem Betätigungsfeld als sehr wichtig, Hamid nicht. Die Lehrer gibt keinen Handlungsbedarf an, da ihr die Betätigungen im schulischen Setting unproblematisch erscheinen.

Fall 2 zeigt ein ausgeglichenes Bewertungsbild der Klientengruppe. Alle drei geben leichte Schwierigkeiten an. Die Mutter erwähnt, dass Merle grundsätzlich in der Lage ist die Betätigungen des Feldes auszuführen, sich jedoch teilweise verweigert. Merle beschreibt, bei welcher Betätigung sie Schwierigkeiten hat (Blumen gießen). Die Lehrer gibt zu ihrer Einschätzung (leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit) keine weitere Erläuterung ab.

Luis erläutert bei Fall 3 das Betätigungsfeld ausführlich, er beschreibt die Betätigungen, die er bereits ohne Schwierigkeiten durchführt. Die Mutter sieht hier ebenfalls keine Probleme und schließt sich der Einschätzung des Kindes an. Die Lehrer gibt leichte Probleme an z. B. beim Material holen, Aufträge erledigen, die sie als etwas wichtig einstuft.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 9 folgende Verteilungen in den Kategorien:



Codesystem	Fall 1 BF 9	Fall 2 BF 9	Fall 3 BF 9	SUMME
▲ Grad der Bewertungsübereinstimmung				0
Übereinstimmung Klientengruppe		7		7
Übereinstimmung Mutter/Kind	2	1	3	6
Übereinstimmung Mutter/Lehre	1			1
Diskrepanz Klientengruppe	3			3
Diskrepanz Kind/Mutter	1	1		2
Diskrepanz Kind				0
Diskrepanz Mutter				0
Diskrepanz Lehrerin			6	6
Diskrepanz Mutter/Lehrerin	1			1
Diskrepanz Rater	4	2	5	11
▲ Perspektive Klientengruppe				0
Wahrnehmung Kind				0
Wahrnehmung Mutter	5	1		6
Wahrnehmung Lehrerin			3	3
▲ Begründung Rater				0
Auswirkung auf Alltag/Teilhabe	2	2	3	7
Qualität	4		3	7
Alter				0
Material PEAP	4			4
▲ Hilfreiche Aspekte				0
Kompetenzen Therapeutin		1		1
Fertigkeiten Kind	1	1	1	3
▲ Hemmende Aspekte				0
Gesprächsverlauf	3	4	3	10
eingeschränkte Fertigkeiten Kin	2	2	1	5
Σ SUMME	33	22	28	83

Abbildung 39: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 9

#### 10.2.8.9.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

Die übereinstimmenden Kategorien kommen in dieser Hauptkategorie auf 14 Codings, während die differierenden Codings bei 23 liegen. Die größte Übereinstimmung liegt bei der gesamten Klientengruppe (n=7) bei Fall 2, gefolgt von der Übereinstimmung Kind/Mutter (n=6), die sich jedoch auf alle drei Fälle verteilt. Die Übereinstimmung Mutter/Lehrer wird nur einmal angesprochen. Die größte Diskrepanz liegt bei der Einschätzung durch die Rater (n=11). Hier kommt es in allen drei Fällen zu Nennungen. Die Diskrepanz der Lehrer wird in Fall 3 neunmal thematisiert und bildet hier einen Schwerpunkt. Die Diskrepanz der gesamten Klientengruppe (n=3), bezieht sich ausschließlich auf Fall 1, ist damit relativ gering, ebenso die Diskrepanz Kind/Mutter (n=2) sowie Mutter/Lehrer (n=1).

Die deutliche Übereinstimmung der Klientengruppe bei Fall 2 (n=7) lässt sich auf die einheitliche Bewertung ausgehend von allen beteiligten Personen, der sich die Rater zurück führen „hier war das ziemlich eindeutig, die Merle, Mutter und Lehrer bewerten es als leichtes Problem, ist allen gleich wichtig, somit schließe ich mich da an und wähle bei diesem Betätigungsfeld auch die 2 plus“ (Fall 2 BF 9; C 46).

Die Übereinstimmung von Kind/Mutter in den verschiedenen Fällen bezieht sich bei Fall 1 auf die einheitliche Einschätzung der Problematik trotz unterschiedlicher Wichtigkeit *„also da hab ich jetzt mich dafür entschieden sozusagen die Zwei zu nehmen. Und folge damit auch Hamid und seiner Mutter. Also glaube ihr sozusagen ein Stück weit, weil mir das sehr plausibel erscheint. Ich kann mir auch vorstellen, alsodass die Beobachtung der Lehrer durchaus auch richtig ist und dass er sich in einer Gruppensituation angepasster verhält als er sich in einer Einzelsituation verhält. So. Das wäre das dann so. Also weniger auffällig ist und das weniger zum Tragen kommt“* (Fall 1 BF 9, C 51). Aber auch im positiven Sinne werden überschneidende Einschätzungen erkannt *„dann Aufträge erledigen klappt zu Hause alles, er konnte gut aufzählen, was er alles macht, war er auch ganz stolz dabei, Mama fand das sowieso auch gut, hat da keine Probleme gesehen“* (Fall 3 BF 9, C 53). Die Übereinstimmung Mutter/Lehrer wird trotz unterschiedlicher Bewertung von einem Rater angesprochen *„die Lehrer hat irgendwie angegeben, dass das kein Problem ist. Ich würde jetzt (...) auch eher dazu tendieren das nicht so doll zu bewerten (...) Die Mutter wirkt jetzt auch nicht so unzufrieden damit (...) Ich mache jetzt ein Kreuz wie die Lehrer das gemacht hat bei kein Problem und lasse die Wichtigkeit weg“* (Fall 1 BF 9, C 56).

Die deutlichen Diskrepanzen durch die Gruppe der Rater erfolgt durch eigene Beobachtungen der Bewerter, was diesen Bereich schwerer einschätzbar werden lässt *„und finde diesen Bereich so ein bisschen schwierig zu beurteilen, [...] weil ich in dem Video und in der Beobachtung durchaus sehe, dass er Aufträge ja annimmt und die auch ausführt. Und eigentlich dann sehe, dass das so ein Problem ist. Diese mangelnde Selbstständigkeit oder auch dieses vielleicht nicht Hören zuhause, [...] dass das zuhause stärker auftritt als jetzt im schulischen Bereich“* (Fall 1 BF 9, C 35). Die Rater relativieren die Einschätzung der Klientengruppe durch ihre eigene Beobachtung *„ich sehe jetzt ehrlich gesagt in dem Bereich kein Problem. Ich würde das wenn dann noch mal nachfragen mit diesem Blumen gießen, weil klar je nachdem wie groß auch die Kanne ist, kann die natürlich auch sehr schwer sein [...]“* (Fall 2 BF 9, C 37).

Die Rater relativieren zudem die Einschätzung anhand des Bewertungsrasters durch ihre eigenen Beobachtungen *„also laut dem Bewertungsraster ist es zwischen zwei und drei also dann eher zwei und nicht zwei plus [...] wenn ich mir aber angucke was hier noch geschrieben ist oder was die Mutter noch erzählt hat [...] nee ich bleibe auch bei der zwei plus [...]“* (Fall 1 BF 9, C 34). Insgesamt erscheint es den Ratern sehr schwer, das Betätigungsfeld einzuschätzen, da sie aufgrund ihrer differierenden Beobachtung noch weitere Informationen benötigt hätten *„was mache ich da jetzt mit der Gesamtbewertung (...) schwierig also ich hätte es gerne nochmal näher nachgefragt. Daher kann ich mich da (...) kaum entscheiden [...]“* (Fall 3 BF 9; C 42).

Die deutliche Diskrepanz zur Lehrer bei Fall 3 bezieht sich auf die unterschiedliche Bewertung. Mutter und Kind sehen kein Problem in diesem BF, die Lehrer jedoch ein leichtes, was die Rater beeinflusst *„also hier bin ich ein bisschen verunsichert, weil beim Aufträgen erledigen, ja von dem Kind und der Mutter nicht als ein problematischer Bereich bewertet wird vom Lehrer aber als leicht problematisch“* (Fall 3 BF 9 C 28), wobei die Lehrer Betätigungen aus dem schulischen Setting angibt, die im häuslichen Umfeld keine Probleme darstellen *„Luis gibt an, es klappt alles gut bei Aufträge erledigen. Mutter sieht das genauso. Die Lehrer gibt halt an, dass so Materialien holen oder aufräumen noch nicht so gut gelingt, wobei sie da nicht so ins Detail geht“* (Fall 3 BF 9, C 29).

Die Diskrepanz der gesamten Klientengruppe bezieht sich auf die unterschiedliche Wichtigkeit bei der Einschätzung von Mutter und Kind z. B. Zimmer aufräumen sowie die Einschätzung der Lehrer *„ich (kann) jetzt durchaus nachvollziehen, dass das für ihn (Hamid) eine geringe Wichtigkeit hat. Für die Mutter aber eine hohe. Die Lehrer haben das nicht in die Bewertung eingegeben und ja, also entsprechend, ich würde jetzt wieder eigentlich auf Zwei gehen“* (Fall 1 BF 9, C 23), was sich ebenfalls bei der Diskrepanz Kind/Mutter zeigt *„also doch, er hat ein leichtes Problem, und die Mama [...] gibt das gleiche an, dass er da ein Problem hat, aber es ist ihr eben sehr wichtig, dass sich die Dinge, die er noch nicht macht, dass sich das ändert“* (Fall 1 BF 9, C 20).

#### 10.2.8.9.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

Die Wahrnehmung der Mutter (n=6) ist in diesem BF dominant und bezieht sich überwiegend auf Nennungen aus dem Fall 1 (n=5). Die Wahrnehmung der Lehrer wird nur in Fall 3 angesprochen (n=3), die Wahrnehmung des Kindes wird gar nicht thematisiert.

Von Seiten der Mutter wird die Wichtigkeit zwischen etwas könne und etwas ausführen differenziert *„also, so wie ich das verstanden habe, kann er die meisten Sachen, also Jacke aufhängen, er könnte auch Tisch decken, er könnte auch so seine Sachen wegräumen, sein Schulranzen, aber er macht es eben nicht so gerne. Und deswegen gibt die Mama ihm von der Wichtigkeit her eine 4, genau. Also es ist ihr sehr, sehr wichtig“* (Fall 1 BF 9, C 82). Jedoch wird die Wichtigkeit der Mutter auch relativiert *„inwieweit das auch vom Aufräumen für die Mutter dann nochmal Wichtig ist oder ob das nicht in dem Fall auch ein bisschen von der Mutter überbewertet wird, weil, es stellt ja auch kein deutliches Problem dar“* (Fall 1 BF 9; C 80).

Die Wahrnehmung der Lehrer, bei Fall 3 (n=3) wird von den Ratern miteinbezogen. Da Mutter und Kind in diesem BF keine Probleme wahrnehmen fokussieren sich die Rater auf die Beschreibung der Lehrer *„die Lehrer hat das thematisiert [...] genau, hatte da gesagt, dass es manchmal schwierig ist sich zu strukturieren, lässt sich manchmal ablenken und ich meine auch, dass ich was gelesen habe,*

*genau hier, dass er manchmal Schwierigkeiten hat, dann aufzuräumen, die Sachen wieder zurückzubringen“ (Fall 3 BF 9; C 76).*

#### 10.2.8.9.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

Die Rater geben insgesamt für dieses BF wenig Begründungen an, wobei die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe sich auf allen drei Fällen verteilen (n=7) und die Qualität (n=7) sich gleichmäßig auf Fall 1 und Fall 2 verteilt. Die PEAP-Materialien (n=4) werden nur bei Fall 1 erwähnt, das Alter wird in diesem BF gar nicht thematisiert.

Bei Alltag und Teilhabe wird die Höhe der Einschätzung der Klientengruppe durch die Rater relativiert *„mach ich jetzt mal ne eins minus draus weil es scheinbar etwas ist was sich rein auf die Schule bezieht [...] von daher würd ich das jetzt nicht komplett übernehmen von der Lehrer da das ja nur ein bestimmter Teilbereich [...] wohl betrifft wo das schwierig ist mit den Aufträgen“ (Fall 3 BF 9, C 7).* Zudem werden Zusammenhänge für die Rater besser verständlich *„anhand des Videos, also was mir aufgefallen ist, ist oder was ich mir vorstellen kann, dass sie (Merle) Schwierigkeiten hat, einfach auch weil sie in vielen Dingen so unsicher ist, und sich wenig zutraut, dass sie vielleicht Arbeitsaufträge nicht direkt versteht, dementsprechend nicht beginnt oder dass sie sich nicht traut, nachzufragen oder so“ (Fall 2 BF 9, C 4).* Sowie die kulturellen Aspekte mitgedacht werden *„hier ist meine Bewertung bei einer 2. Zu Hause wird ihm viel abgenommen aber prinzipiell könnte er es, in der Schule klappt es ja auch. Ist auch kulturell bedingt, Mama ist die „Versorgerin“ (Fall 1 BF 9, C 3).*

Im Hinblick auf die Qualität wird eine Differenzierung getroffen zwischen dem kindlichen Verhalten im therapeutischen Kontext und im häuslichen Setting *„da steht zuhause würde alles auf den Boden geworfen und aufräumen ist noch schwierig so. In dem Video, in dem Kontakt mit der Therapeutin sehe ich allerdings, dass er zwar unruhig und jetzt zunehmend abgelenkt ist. Dass er aber durchaus, hört, was sie sagt und in der Lage ist das auch umzusetzen“ (Fall 1 BF 9, C 16).* Zudem auch die Differenzierung zum schulischen Bereich *„ich sehe im Assessment, das er das dann kann, er ist sehr wohl bereit, diesen Auftrag zu erledigen, dass er das macht. Er springt nicht ständig auf und verweigert sich. Ich sehe wohl aber auch Problem der Lehrer in der Problemlöse und Kritikfähigkeit, hier im Assessment beobachte ich habe auch eine leichte Ablenkbarkeit, dass lässt mich vermuten, dass ihm das nicht so gut von der Hand geht“ (Fall 3 BF 9, C 18).*

Die Rater greifen zur Gesamtbewertung bei Fall 1 auf die PEAP-Materialien zurück und kommen somit auf eine Bewertung zwischen zwei und drei *„von der Bewertung her will ich auch erstmal nochmal kurz gucken was das Bewertungsraster sagt [...] also es sind eins, zwei, drei Dinge von eins, zwei, drei, vier, fünf [...] und das ist ein leichtes Problem also ist da die Tendenz auf jeden Fall [...] zwischen zwei und drei [...] weil es mehrere Betätigungen sind“ (Fall 1 BF 9, C 10).*

#### 10.2.8.9.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

Insgesamt werden ebenfalls wenig hilfreiche Aspekte erwähnt. Bei den kindlichen Fertigkeiten (n=3) für jeden Fall einer, bei der Kompetenz der Therapeutin nur einmal ein Code für Fall 2.

Die Fertigkeiten der Kinder beziehen sich auf kognitiv verbale Aspekte *„Videsequenz von Luis, also er beschreibt auch die Aufgaben, die er zuhause hat und das macht er auch sehr gut, also sitzt da auch, man sieht so richtig [...] denkt auch konzentriert nach, nennt dann Aufgaben wie Müll wegräumen, Zimmer aufräumen“* (Fall 3 BF 9, C 74). Die Kompetenzen der Therapeutin beziehen sich auf die Gesprächsführung *„die hat da auch toll nachgefragt die Details [...]“* (Fall 2 BF 9, C 75).

#### 10.2.8.9.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Hemmende Aspekte werden insgesamt deutlich mehr benannt (n=15), wobei sich zehn auf den Gesprächsverlauf konzentrieren und fünf auf die eingeschränkten Fertigkeiten der Kinder. Insgesamt sind die Nennungen gleichmäßig auf alle drei Fälle verteilt.

Der Gesprächsverlauf wird negativ durch die Gesprächsführung der Therapeutin beeinflusst *„was mir so Schwierigkeit beim Bewerten bereitet, es werden nur die Fähigkeiten berücksichtigt, nicht was die Mama erwartet, ich würde da noch mehr mit Einfluss darauf nehmen, was erwarte ich von meinem Kind, um nochmal deutlicher die Einschätzung der Mutter zu haben. Das ist mir so wie Therapeutin das macht noch ein bisschen unklar“* (Fall 1 BF 9, C 64) als auch durch das fehlende Nachfragen durch die Therapeutin *„da war mir ein bisschen zu wenig nachgefragt. Das war lediglich von der Merle das Blumen gießen aber die Mutter beschreibt ja jetzt dass das wesentlich besser geht“* (Fall 2 BF 9, C 68), was zu Bewertungsschwierigkeiten bei den Ratern führt *„aufgrund der Anhaltspunkte würde ich es auf 2 setzen. Da fällt es mir schwer eine sichere Bewertung abzugeben, da bräuchte ich noch mehr Informationen dazu“* (Fall 3 BF 9, C 70). Zudem beeinflusst die Anwesenheit der Mutter das Gespräch *„die Mutter ist auch sehr angespannt, im Hintergrund. (...) Sehr nervös“* (Fall 2 BF 9, C 66).

Die eingeschränkten Fertigkeiten der Kinder beziehen sich auf kognitive Anteile wie Aufmerksamkeit und Konzentration *„so, jetzt wird das hier schon langsam schwer. Sie wird ablenkbar und dieses grimassieren und die nervösen Bewegungen nehmen zu. (...) Jetzt dreht sie sich zur Mutter um“* (Fall 2 BF 9, C 60).

### 10.2.8.10 *Betätigungsfeld 11 „Zuhören und Erzählen“*

Die Bewertung der Klientengruppe bei Betätigungsfeld 11 zeigt sich wie in Tabelle 85 dargestellt. Der Kendalls  $W$  liegt bei Betätigungsfeld 11 bei .364 und weist eine inadäquate Übereinstimmung auf.

**Tabelle 85:** Gesamtbewertung Klientengruppe BF 11

Klientengruppe	Problem & Wichtigkeit Fall 1	Problem & Wichtigkeit Fall 2	Problem & Wichtigkeit Fall 3
<b>Kind</b>	1/n. b.	5/7	7/7
<b>Mutter</b>	1/n. b.	3/4	1/n. b.
<b>Lehrer</b>	7/10	1/n. b.	1/n. b.

Bei Fall 1 wird von Mutter und Kind kein Problem in diesem Betätigungsfeld beschrieben, was sich deutlich von der Einschätzung der Lehrer unterscheidet. Diese beschreibt Schwierigkeiten aufgrund der Zweisprachigkeit sowie Problemen mit der deutschen Grammatik. Diese Problematik wird von der Therapeutin im Gespräch nicht aufgegriffen, weshalb die auf dem Bogen angegebene Einschätzung der Lehrer nicht in das Gespräch aufgenommen wird. Zudem fallen die genannten Schwierigkeiten der Lehrer nicht in diesen Betätigungsbereich.

Fall 2 zeigt sich von der Bewertung heterogen. Mutter und Kind beschreiben unterschiedlich starke Schwierigkeiten in diesem Betätigungsfeld, da Merle durch ihre Unsicherheit und ihr reduziertes Selbstvertrauen wenig Mut hat, frei zu erzählen. Merle setzt sich durch den Vergleich mit anderen Kindern ihrer Altersgruppe noch zusätzlich unter Druck und bewertet sich deshalb am kritischsten. Der Lehrer sieht keine Probleme.

Luis gibt bei diesem Betätigungsfeld Schwierigkeiten an. Diese beziehen sich überwiegend auf das gelegentliche „anflunkern“ der Mutter und auf das zuhören. Weder die Mutter noch die Lehrer stimmen dieser Einschätzung zu und beschreiben ihn in diesem Betätigungsfeld als unproblematisch. Die Mutter erwähnt, Luis würde teilweise „zu viel“ reden, was sich aber laut ihrer Aussage ebenfalls als unproblematisch im Alltag erweist.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse ergeben sich für das Betätigungsfeld 11 folgende Verteilungen in den Kategorien:

Codesystem	Fall 1 BF 11	Fall 2 BF 11	Fall 3 BF 11	SUMME
▲ Grad der Bewertungsübereinstimmung				0
Übereinstimmung Klientengruppe			1	1
Übereinstimmung Mutter/Kind	1	2		3
Übereinstimmung Mutter/Lehrer			2	2
Diskrepanz Klientengruppe		3		3
Diskrepanz Kind/Mutter	1			1
Diskrepanz Kind			2	2
Diskrepanz Mutter				0
Diskrepanz Lehrerin	3	2		5
Diskrepanz Mutter/Lehrerin	2			2
Diskrepanz Rater	10	4	8	22
▲ Perspektive Klientengruppe				0
Wahrnehmung Kind	2	5	10	17
Wahrnehmung Mutter		4	3	7
Wahrnehmung Lehrerin	3	1	1	5
▲ Begründung Rater				0
Auswirkung auf Alltag/Teilhabe	2	1		3
Qualität	2	6	1	9
Alter		2	1	3
Material PEAP	4	1	1	6
▲ Hilfreiche Aspekte				0
Kompetenzen Therapeutin		1	1	2
Fertigkeiten Kind		2		2
▲ Hemmende Aspekte				0
Gesprächsverlauf	4		7	11
eingeschränkte Fertigkeiten Kin	2	3	1	6
Σ SUMME	36	37	39	112

Abbildung 40: Verteilung und Häufigkeit Codings BF 11

#### 10.2.8.10.1 Hauptkategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

Insgesamt gibt es in dieser Hauptkategorie deutlich weniger übereinstimmende Codings (n=6) als differierende (n=35). Der Schwerpunkt der abweichenden Kategorien liegt bei der Unterkategorie Diskrepanz Rater (n=22) und hier besonders bei Fall 1 (n=10) und Fall 3 (n=8). Die Diskrepanz der Lehrer bei Fall 1 und Fall 2 sticht mit mehr Nennungen (n=5) hervor, ansonsten verteilen sich die Diskrepanzen und nur jeweils auf einen Fall. Übereinstimmende Codings gibt es bei Kind/Mutter (n=3) und jeweils nur bei Fall 3 zwei übereinstimmende Aussagen für die Kategorie Mutter/Lehrer (n=2) und die gesamte Klientengruppe (n=1).

Die Diskrepanz die durch die Rater bei Fall 1 angegeben wird ergibt sich aus der unterschiedlichen Einschätzung der Klientengruppe (Differenz zwischen Mutter/Kind und Lehrer). So beeinflusst die Bewertung der Lehrer die Bewertung der Rater einerseits „jetzt würde ich das gerne mitberücksichtigen und das auch mit einer 2 minus bewerten, weil das hier von der Lehrer als deutliches Problem beschrieben wird, auch der Sprachgebrauch in den offenen Interviews sehr einfach strukturiert ist und wenig komplexe Sätze benutzt werden, würde ich keine 1 in der Bewertung nehmen, sondern eine 2 minus, mit einer Tendenz zu einer 3“ (Fall 1 BF 11, C 38) andererseits sind die Rater sich unschlüssig, ob der Aspekt (Grammatik) überhaupt in diesem BF aufgeführt ist und dadurch



bewertet werden sollte „*ich bin mir jetzt nicht sicher, was ich da jetzt mache, weil ich habe das Gefühl, dass das eben falsch verstanden worden ist [...] und das Grammatik gar nicht bewertet wird. Darf ich das jetzt da einfach relativieren und mir das denken, oder muss ich das, so berechnen, wie das da drin ist?*“ (Fall 1 BF 11 C 40) was zu anderen Bewertungen führt „*[...] ich denke, dass das jetzt aber nicht hier um die Grammatik geht [...] allein, deshalb möchte ich das auch mit meiner Bewertung relativieren, indem ich jetzt da einfach angebe, dass das kein Problem ist, mit einer 1*“ (Fall 1 BF 11, C 39).

Bei Fall 3 liegt auch eine unterschiedliche Bewertung vor (Kind deutliches Problem, Mutter und Lehrer kein Problem), was den Ratern bei der Beurteilung Schwierigkeiten bereitet. Die Rater sehen die von Luis geschilderten Schwierigkeiten beim Erzählen und Zuhören nicht in der Interviewsituation, somit deckt sich die kindliche Aussage nicht mit ihrer Beobachtung, spielt aber trotzdem bei der Gesamtbewertung eine Rolle „*er persönlich sieht es als Problem, er möchte gerne da was verändern und von daher nehme ich das jetzt auch erstmals ernst. Ich erlebe ihn aber im Kontakt dort, beim Interview, durchaus dass er zuhört er erzählt auch. Also ich kann das nicht so ganz teilen, was er meint. So mein Eindruck von ihm würde ich eher sagen, dass kann er schon recht gut. Aber wir können ja mal schauen, was er genau meint. Ich gebe ihm mal ne Zwei. Einfach, um ihm da auch nochmal Gehör zu schenken, um genau hinzuhören, was was meint er denn da, was meint er konkret*“ (Fall 3 BF 11, C 55). Zudem passt laut Rater das vom Kind genannte Betätigungsproblem nicht in dieses BF „*mir geht jetzt im Kopf herum, dass das mit dem Flunkern ihn vielleicht hauptsächlich im Gedächtnis war. Es aber laut (...) Assessment hier nicht rein gehört (...) Daher würde ich jetzt mein Problem bei eins machen und keine Wichtigkeit und mir das mit dem Flunkern, was ja vielleicht eher Sozialverhalten ist, nochmal zusätzlich irgendwo anders notieren*“ (Fall 3 BF 11, C 57).

Die Differenzen bei der Bewertung durch die Klientengruppe bei Fall 2 sind nicht so deutlich, weshalb die Rater nach einem Mittelwert suchen „*ich denke auch, dass da für mich relevant ist, dass sie sich sehr unter Druck setzt. Das sie denkt, dass das was sie erzählt für andere nicht interessant ist. Dann ist sie auch leicht ablenkbar ja und es fällt ihr auch nicht immer was ein also das war jetzt im Interview zu sehen, dass sie Mühe hat bei direkter Ansprache dann sich so zu aktivieren und nach etwas zu suche ja etwas was sie jetzt nicht so unmittelbar greifen kann. Ich würde da eine 2 geben. ich denke das Selbstwertgefühl ist noch nicht so günstig ausgeprägt, da muss sie noch dran arbeiten*“ (Fall 2 BF 11, C 48).

Zu den übereinstimmenden Codings zwischen Kind und Mutter kommt es, wenn die Rater die abweichende Bewertung der Lehrer als nicht so relevant erachten „*ich würde hier in beiden Bereichen auf ne Zwei gehen. Zum einen, weil Merle und die Mutter da liegen und weil Merle das auch als wichtig eingeschätzt hat*“ (Fall 2 BF 11, C 61). Die Übereinstimmung zwischen Mutter und



Lehrer liegt nur bei Fall 3 vor, da hier eine einheitliche Bewertung angegeben ist *„die Mutter sagt da, ich seh' da kein Problem, er kann zuhören er kann sehr gut erzählen und die Lehrer sieht auch kein Problem“* (Fall 3 BF 11, C 62).

#### 10.2.8.10.2 Hauptkategorie 2 Perspektive Klientengruppe

Die Wahrnehmung der Kinder (n=17) spielt in diesem BF eine dominante Rolle, wobei der Schwerpunkt bei Fall 3 (n=10) liegt. Hier distanziert sich das Kind bei der Bewertung der Wichtigkeit von der Mutter und Lehrer. *Codings* bezüglich der Wahrnehmung der Mutter (n=7) verteilen sich ausschließlich auf Fall 2 und Fall 3, die Wahrnehmung der Lehrer (n=5) hat den Schwerpunkt bei Fall 1 (n=3), da hier die Wichtigkeit der Lehrer deutlich ausgeprägter ist als die von Kind und Mutter.

Bei Fall 3 bezieht sich die Wahrnehmung auf die Beschreibung des Kindes in Bezug zum anflunkern der Mutter und der entsprechenden Wichtigkeit für ihn *„er ist hier sehr ehrlich und sagt, ich flunkere manchmal meine Mutter an und wertet dies als problematischen Bereich“* (Fall 3 BF 11, C 98). Zudem können die Kinder genau beschreiben, was ihnen in diesem BF Schwierigkeiten bereitet *„aber für Merle ist es einfach so, dass sie schon auch beschreibt, na ja mir fällt halt nichts ein was ich erzählen kann“* (Fall 2 BF 11, C 90) oder auch das was ihnen gut gelingt *„Hamid hat ja, das hatte ich ja eben einmal schon kurz gesehen, hat ja auch kein Problem angegeben bei Zuhören und Erzählen“* (Fall 1 BF 9, C 87). Die Wahrnehmung der Mutter fließt sowohl beschreibend *„meint ja auch grade die Mutter dass es (das Kind) manchmal da so ein bisschen Schwierigkeiten hat oder sich dann unter Druck setzt wenn es erzählen soll“* (Fall 2 BF 11, C 111) als auch relativierend in die Beschreibung der Rater ein *„von den Inhalten vom Betätigungsfeld hat die Mutter jetzt wirklich nichts erwähnt, was da rein fällt und was [...] ein Problem darstellen könnte“* (Fall 3 BF 11, C 113). Die Wichtigkeit der Betätigungen im schulischen Setting fließen bei der Betrachtung der Lehrerperspektive mit ein *„ich hab mich hier entschieden, also in dem Bereich Zwei zu gehen und Bereich Drei als Wichtigkeit, also auch, weil die Lehrer das als sehr sehr wichtig sehen, was den schulischen Bereich betrifft“* (Fall 1 BF 11, C 105) oder *„da würde ich also die Lehrer, die in der Schule halt hauptsächlich da ist und, dass sie sagt es ist kein Problem. Das muss man auch nicht verändern“* (Fall 2 BF 11, C 106).

#### 10.2.8.10.3 Hauptkategorie 3 Begründung Rater

Hier liegt der Schwerpunkt auf der Unterkategorie Qualität (n=9) wobei sich die meisten *Codings* auf Fall 2 (n=6) beziehen. Das PEAP-Material (n=6) wird überwiegend bei Fall 1 (n=4) erwähnt. Alter und Auswirkung auf Alltag und Teilhabe werden jeweils gleich häufig codiert (n=3), jedoch bezieht sich die Kategorie Alter auf Fall 2 und Fall 3, die Auswirkung auf Alltag und Teilhabe auf Fall 1 und Fall 2.

Die Qualität wird durch die Beobachtung des Kindes relativiert *„ich find's jetzt gerade ja auch in der Tat zunehmend ein bisschen schwerer von der Einschätzung wenn man mehr und mehr auch so*

*wirklich [...] merkt oder halt auch erfährt, das ja Merle wie gesagt halt da nen super hohen Anspruch einfach auch an sich hat“ (Fall 2 BF 11; C 18). Zudem werden eigene Beobachtungen mit den Beschreibungen der Klientengruppe zusammengebracht. „im Laufe des Interviews finde ich, dass Merle sehr gut zuhören kann und mir den Eindruck gibt, dass sie sich sehr gut reflektiert und dabei ist. Sie hat sehr gute Fähigkeiten beim Zuhören. Die Körpersprache und Mimik zeigt ihre Unsicherheit, da braucht sie teilweise noch Unterstützung, dreht sich zur Mutter um, um unterstützt zu werden“ (Fall 2 BF 11, C 19).*

Die Rater versuchen die Einschätzung der grammatikalischen Fertigkeiten des Kindes (Fall 1), mit Hilfe PEAP-Materialien einzuordnen *„bei den Kommentarbeispielen schaue ich nach und da ist, da geht es um Geschichten und Erzählungen von Alltagsgeschehnissen anhören und mit eigenen Worten grob wiedergeben, sich mit anderen Kindern verständigen, Ereignisse und eigene Erlebnisse verständlich berichten. Geht jetzt nicht um die Grammatik“ (Fall 1 BF 11, C 8), was die Bewertung erschwert, die Rater aber nicht davon abhält ihre eigene Meinung miteinzubringen „[...] das heißt ich bin jetzt zwischen 1 minus und 2 und leider ich muss jetzt halt auch die Wichtigkeit der Lehrer anerkennen, also ich muss das, sie findet das ganz wichtig, also muss ich das jetzt auf eine 2 plus geben [...] wobei, dadurch dass ich eher denke, dass sie es falsch verstanden hat, gebe ich es auf eine 1 minus“ (Fall 1 BF 11, C 9). Auch das Flunkern als spezielles Problem genannt von Kind aus Fall 3 bereitet Schwierigkeiten bei der Einschätzung „ja hier kann ich jetzt nichts so richtig [...] richtig so in den Kommentarbeispielen finden was passen würde“ (Fall 3 BF 11, C 13).*

Das Alter als Kriterium wird bei Fall 2 in vergleichender Form erschwerend erwähnt *„was die Mutter da auch nochmal sagt, ist dass sie sich sehr stark mit anderen Kindern vergleicht [...]“ (Fall 2 BF 11, C 2) oder aber relativierend „und das Flunkern, was er selbst angegeben hat, das finde ich absolut altersentsprechend“ (Fall 3 BF 11, C 4).*

Die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe werden im sprachlichen Bereich gesehen *„scheinbar hat er zwar Probleme mit der Grammatik aber man kann ihn gut verstehen und kommt auch mit den anderen Kindern [...] zurecht also scheint das wirklich ein [...] ja sich wirklich nur auf die Grammatik zu beziehen“ (Fall 1 BF 11, C 6) oder im affektiven Bereich „der emotionale Bereich hindert Merle im Alltag“ (Fall 2 BF 11, C 7).*

#### 10.2.8.10.4 Hauptkategorie 4 hilfreiche Aspekte

Insgesamt werden nur wenig hilfreiche Aspekte erwähnt, für die Kompetenzen der Therapeutin (n=2) in Fall 2 und Fall 3 und für die kindlichen Fertigkeiten (n=2) ausschließlich bei Fall 2.

Als Kompetenz der Therapeutin wird die Motivation des Kindes und die Fokussierung der Aufmerksamkeit auf die entsprechende Aufgabe beschrieben *„dass die Therapeutin da auch wirklich*

*nochmal so als Motivationsantrieb sagt, das sind jetzt nur noch 5 Karten und Luis dann auch feststellt, das ist OK. Also ist auch für ihn OK von der Konzentration, das kann er schaffen“ (Fall 3 BF 11, C 85).*

Die kindlichen Fertigkeiten beziehen sich bei Fall 2 auf die Merkfähigkeit (kognitive Fertigkeit) *„was allerdings sehr gut auch nochmal ist, auch von der Gedächtnisleistung, sie (Merle) erkennt auch hier wieder ein doppeltes Bild, sie also sagt, das hatten wir schon mal irgendwo“ (Fall 2 BF 11, C 82).*

#### 10.2.8.10.5 Hauptkategorie 5 hemmende Aspekte

Die hemmenden Aspekte (n=18) beziehen sich überwiegend auf den Gesprächsverlauf (n=11) und hier hauptsächlich auf Fall 3 (n=7). Die eingeschränkten kindlichen Fertigkeiten (n=7) verteilen sich auf alle drei Fälle.

Der Gesprächsverlauf ist für die Rater zum Teil nicht kongruent *„die Therapeutin sagt jetzt aber zur Mutter sie hat das in dem Bogen der Lehrer gesehen das es kein Problem ist. Daher ja ist es beim Zuschauen jetzt erstmal stimmig gewesen. Bei der Auswertung der Lehrerbeurteilung wird es verwirrend (...) das beeinflusst jetzt meine Gesamtbewertung“ (Fall 1 BF 11, C 74)* oder es fehlen wichtige Informationen *„das ist eine Information, die würde mir jetzt als Therapeutin dann für die Gesamtbewertung auch so ein bisschen fehlen - wie ist das mit dem Geschichte anhören und auch kurze Sachen aus dem Alltagsgeschehen wiedergeben, wird das zuhause im Alltag auf Türkisch gemacht, also in der Muttersprache, oder wird das auch auf Deutsch gemacht“ (Fall 1 BF 11, C 71).* Des Weiteren unterlaufen der Therapeutin Fehler bei der Durchführung der Bewertung *„ich weiß jetzt nicht ob das hier ein Versehen ist, mir ist nicht ganz klar, da er (Luis) sich auf gelb einschätzt, er bewertet sich mit einer 2, die Therapeutin gibt ihm aber ein 3 auf dem Bogen, das heisst `ein deutliches Problem`. Das ist hier unklar“ (Fall 3 BF 11, 78).*

Die Konzentrationsfähigkeit der Kinder nimmt deutlich ab *„die abnehmende Konzentrationsfähigkeit, [...] also sie hört auch hier wieder nicht bis zum Ende zu, will das Männchen schon setzen, bevor sie alle Betätigungen, die in das Betätigungsfeld fallen, gehört hat“ (Fall 2 BF 11, C 66)* was sich auch auf die Antworten des Kindes auswirkt *„das Kind ist auch schon, hat ja grade auch schon gefragt wie viele Karten und ja fängt an so ein bisschen rum zu zappeln [...] da ist vielleicht dann [...] auch nicht mehr so reflektiert dann die Antworten von ihm“ (Fall 3 BF 11, C 69).*

## 10.2.9 Zusammenfassung Ergebnisse Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

### 10.2.9.1 Kategorie 1 Bewertungsübereinstimmung

BF 6: Die übereinstimmenden Codes liegen bei BF 6 bei  $n=11$ , die größte Häufung zeigt sich bei der Übereinstimmung zwischen Mutter und Lehrer ( $n=7$ ), und hier besonders bei Fall 3 ( $n=5$ ). Die Lehrer und die Mutter scheinen für die Einschätzung dieser Betätigungen für die Rater wichtige Experten zu sein. Die Übereinstimmung der gesamten Klientengruppe ist mit drei Codes gering. Die Kategorien, die sich auf Diskrepanzen ( $n=25$ ) beziehen sind bei diesem Betätigungsfeld dominant, wobei hier der Schwerpunkt auf der Diskrepanz der Rater zur Klientengruppe liegt ( $n=11$ ). Von den befragten Klienten werden einige Betätigungen als schwierig beschrieben, die im Weiteren aber als nicht bzw. wenig wichtig eingestuft werden, was den Ratern die Einschätzung erschwert. Hier fehlen den Ratern weitere Informationen, da die Klienten die Inhalte der Betätigungsfelder als nicht erfüllt beschreiben, jedoch keine bzw. geringe Wichtigkeit angeben. Die Diskrepanz zur Mutter ist bei der Bewertung bei diesem BF bei Fall 1 & Fall 2 gegeben und erschwert die Gesamtbewertung für den Rater. Die Diskrepanz von Seiten des Kindes wird nur bei Fall 3 angesprochen, da hier die kindliche Bewertung deutlich von der weiteren Klientengruppe differiert.

BF 8: Insgesamt liegen hier ebenfalls wenig Codings bei den übereinstimmenden Kategorien ( $n=3$ ) vor, die sich zudem ausschließlich auf Fall 2 beziehen. Hier liegt eine Bewertung vor, bei der Mutter und Lehrer einheitlich leichte Probleme mit etwas Wichtigkeit angeben, das Kind jedoch kein Problem für dieses BF thematisiert. Dies wird mit einer leichten Diskrepanz Kind ( $n=3$ ) bei den Ergebnissen deutlich. Auf alle Fälle verteilt sich jedoch eine deutliche Häufung bei den abweichenden Kategorien ( $n=22$ ). Am deutlichsten wird dies bei der Kategorie Diskrepanz Mutter ( $n=8$ ), die sich überwiegend auf Fall 1 bezieht, bei dem die Bewertung und Wichtigkeit deutlich von der des Kindes und der Lehrer differiert. Die Diskrepanz der Rater ( $n=3$ ) bezieht sich auf die Interpretation des Betätigungsfeldes, da von der Klientengruppe nur ein Teilbereich als schwierig beschrieben wird oder der die Rater versuchen Kompromisse zwischen den unterschiedlichen Bewertungen der Klientengruppe zu finden.

BF 9: Die Differenz zwischen übereinstimmenden ( $n=14$ ) und differierenden ( $n=23$ ) Codings ist bei BF 9 nicht so ausgeprägt. Die größte Übereinstimmung zeigt die Kategorie Klientengruppe ( $n=7$ ), die sich vollständig auf Fall 2 bezieht. Hier bewertet die Klientengruppe geschlossen ein leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit, dieser Einschätzung schließen sich die Rater an. Die deutlichste Diskrepanz zeigt sich in der Kategorie Rater. Hier beziehen sich die Rater auf eigene Beobachtungen, die sich mit den Beschreibungen der Klientengruppe oder der Einschätzung des Bewertungsrasters nicht decken, was die Bewertung für die Rater erschwert. Aufgrund der differierenden Beobachtungen benötigen die Rater noch weitere Informationen. Deutlich wird eine Diskrepanz zur Einschätzung der Lehrer bei

Fall 3. Hier weichen Mutter und Kind mit keiner beschriebenen Problematik in diesem BF von der Einschätzung der Lehrer mit leichten Problemen und etwas Wichtigkeit ab. Da das Aufgabengebiet den Ratern für die Schule relevant und vom Lehrer gut einschätzbar erscheint, erschwert dies die Bewertung der Rater.

BF 11: Die übereinstimmenden Codings (n=6) sind bei diesem BF deutlich weniger häufig als die differierenden (n=35). Die Übereinstimmung Mutter/Kind (n=3) wird dann deutlich, wenn die abweichende Bewertung der Lehrer für die Rater als nicht so relevant erachtet wird. Genauso kommt es zu einer Übereinstimmung zwischen Mutter/Lehrer (n=2) wenn der kindlichen Bewertung kein hoher Stellenwert beigemessen wird. Die Diskrepanzen haben ihren Schwerpunkt bei der Diskrepanz Rater (n=22), die sich aus der unterschiedlichen Bewertung der Klientengruppe ergibt. Die Lehrer schließt die grammatikalischen Fertigkeiten des Kindes in dieses BF ein, während die Rater zum Teil der Meinung sind, dieser Aspekt dürfte hier nicht beurteilt werden. Oder das von dem Kind beschriebene flunkern eher dem Sozialverhalten zugeordnet werden sollte. Zudem führt es zu Schwierigkeiten, wenn die Rater die beschriebenen Betätigungsprobleme nicht in der Interviewsituation sehen, sondern das Kind im Gegenteil als kompetent bei der Ausführung der beschriebenen Betätigung erleben.

#### *10.2.9.2 Kategorie 2 Perspektive Klientengruppe*

BF 6: Die Wahrnehmung der Kinder dominiert in diesem BF, auch wenn die Einschätzung der Wichtigkeit gering ist. Die Kinder geben an, gewisse Betätigungen aus dem BF nicht gut zu können, messen der Betätigungseinschränkung jedoch keine hohe Wichtigkeit bei. Den Ratern erschwert die Einschätzung der Mutter, dass in dem BF viele Betätigungen nicht oder nur sehr eingeschränkt ausgeführt werden können, dies aber kein bzw. ein leichtes Problem darstellt. Die Perspektive der Lehrer nimmt in diesem BF eine wichtige Rolle ein, da die Rater davon ausgehen, dass die Betätigungen auch im schulischen Setting gut beobachtet werden können und für dieses relevant sind. Hier fehlen den Ratern genauere Angaben von Seiten der Lehrer.

BF 8: Die Perspektive der Klientengruppe wird bei BF 8 stark miteinbezogen (n=34), wobei die ganze Klientengruppe mit Kind (n=12), Lehrer (n=12) und Mutter (n=10) ausgewogen vertreten ist. Die Wahrnehmung der Kinder, da sie sich überwiegend unproblematisch einschätzen, wird positiv erwähnt und die Kompetenzen der Kinder in den Vordergrund gestellt. Die Wahrnehmung der Lehrer scheint in diesem BF von Bedeutung zu sein, da die Rater der Lehrer eine wichtige Rolle bei der Beurteilung der Betätigungen zuschreiben, da es sich um ein schulrelevantes Thema handelt. Die Wahrnehmung der Mutter ist besonders bei Fall 1 (n=6), bei der ihre Einschätzung und ihre Wichtigkeit (sehr Wichtig) deutlich von der weiteren Klientengruppe differiert, im Vordergrund. Die

Interpretationen der Rater sind unterschiedlich: überhöhte Ansprüche der Mutter, die nicht so hohe Einschätzung des Problems in Relation zur Wichtigkeit oder die Unwissenheit der Mutter (bei Fall 3).

BF 9: Hier dominiert die Wahrnehmung der Mutter (n=6), was sich überwiegend auf Fall 1 (n=5) bezieht. Die Mutter thematisiert hier die Problematik zwischen dem Können des Kindes und dem wirklichen Tun. Die Wahrnehmung der Lehrer (n=3) bezieht sich hingegen nur auf Fall 3 und hier auf die unterschiedliche Bewertung zwischen Kind/Mutter und Lehrer. Die Wahrnehmung des Kindes wird nicht angesprochen. Je höher der Wahrnehmungswert von einer Person in der Klientengruppe eingeschätzt wird, hier bei Fall 1 von der Mutter bei 10 und bei Fall 3 vom Lehrer bei 4 und diese Einschätzung deutlich von der weiteren Klientengruppe abweicht, desto deutlicher spielt die Wichtigkeit bei der Bewertung durch die Rater eine Rolle.

BF 11: Die Wahrnehmung der Kinder (n=17) ist im BF 11 bedeutend, wobei der Schwerpunkt bei Fall 3 (n=10) liegt. Das Kind belegt bei der Bewertung das BF im Gegensatz zu Mutter und Lehrer mit einer hohen Wichtigkeit, da dem Kind das Anflunkern seiner Mutter als ein wichtiges Betätigungsproblem erscheint. Die Wahrnehmung der Mutter (n=7) fließt beschreibend in Bezug auf die Ausführung der Betätigung als auch relativierend (Problem erscheint nicht so wichtig) mit ein und beeinflusst so die Rater in ihrer Entscheidungsfindung. Die Wahrnehmung der Lehrer (n=5) findet bei den Ratern gehör, da die Ausführung der Betätigungen dieses BFs als relevant für den schulischen Alltag erachtet werden. Schätz der Lehrer die Betätigungen als problematisch und eine Veränderung als Wichtig ein, so schließen sich die Rater an. Ist die Betätigung unproblematisch und die Wichtigkeit gering, so folgen die Rater dieser Einschätzung ebenfalls.

### *10.2.9.3 Kategorie 3 Begründung Rater*

BF 6: Die Verteilung ist, bis auf die Kategorie Alter (n=3) ausgewogen. Der Einsatz des PEAP-Materials (n=11) bezieht sich besonders auf Fall 1. Hier gibt die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung den Ratern ein strukturiertes Gerüst. Mit dem Einsatz des Bewertungsrasters und den Kommentarbeispielen, haben die Rater Schwierigkeiten, da zum Teil alle Betätigungen aus dem BF als schwierig mit einer leichten Problemlage eingestuft werden, was laut Bewertungsraster eine 3 in der Bewertung ergeben würde, jedoch mit der Beobachtung der Rater nicht einhergeht. Das Betätigungsfeld wird von den Ratern als wichtig im Hinblick auf die schulische Teilhabe eingestuft (n=9), was in Diskrepanz zur Wichtigkeit der Klientengruppe steht. Auch die Unterkategorie Qualität (n=8) beschäftigt sich mit der unterschiedlichen Bewertung (viele Probleme, wenig Wichtigkeit) innerhalb der Klientengruppe. Auf der einen Seite wird den Klienten das Recht eingeräumt, Betätigungen zu meiden, die sie nicht so gerne und gut können. Auf der anderen Seite wird die Haltung als Verweigerung im negativen Sinne gewertet. Das Alter spielt hier keine bedeutende Rolle.

BF 8: Die häufigsten Nennungen sind bei BF 8 bei der Unterkategorie Qualität (n=18), sowie bei Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe (n=12) zu finden. Der Einsatz des PEAP-Materials wird nur bei Fall 1 (n=5) erwähnt, die Unterkategorie Alter fokussiert sich auf Fall 2 (n=3). In Bezug auf die Qualität und die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe werden funktionelle Einschränkungen wie mangelndes Aufgabenverständnis oder nicht geeignete Stifthaltung als Begründung von den Ratern herangezogen, die jedoch auch als Gegenargument relativierend genutzt werden wie z. B. der 4-Punkt Griff ist nicht automatisch problematisch. Positive Elemente wie Spaß, Ausdauer und Anstrengungsbereitschaft fließen ebenfalls in die Begründung der Rater mit ein. Die funktionellen Einschränkungen und mögliche daraus resultierende Schwierigkeiten, besonders in der Schule, stehen im Vordergrund. Das Thema Stifthaltung führt zu unterschiedlicher Bewertung. Auf der einen Seite messen manche Rater diesem wenig Bedeutung zu, andererseits bewerten Rater den Einfluss aus der Schule und die nicht korrekte Stifthaltung als problematisch. Das PEAP-Material findet bei dem heterogensten Fall aus dem BF 8 (Fall 1) Einsatz, das Alter spielt hinsichtlich der Entwicklungsperspektive bei Fall 2 eine Rolle.

BF 9: Insgesamt geben die Rater für das BF 9 wenige Begründungen an. Die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe (n=7) relativieren für die Rater die Dimension der Einschätzung der Klientengruppe, da sich die Schwierigkeiten nur auf einen bestimmten Teilbereich beziehen. Die Rater denken kulturelle Aspekte in ihrer Entscheidungsfindung mit wie z. B. die Mama als Versorgerin. Zudem übertragen sie den aus den Videos gewonnenen Eindruck auf die Ausführung der Betätigungen in diesem Feld. Bei der Unterkategorie Qualität (n=7) wird eine Unterscheidung zwischen dem kindlichen Verhalten im therapeutischen, häuslichen und schulischen Kontext getroffen. So wird die eigene Beobachtung in andere Kontexte übertragen und Vermutungen für Schwierigkeiten formuliert. Das PEAP-Material wird nur bei Fall 1 (n=4) erwähnt. Der Einsatz des Bewertungsrasters führt zu einer Bewertung zwischen 2 und 3. Das Alter wird in diesem BF nicht thematisiert.

BF 11: Die Unterkategorie Qualität (n=9) bezieht die Ansprüche und Erwartungen des Kindes mit ein, diese werden mit eigenen Beobachtungen abgeglichen. Stimmt Beschreibung und Beobachtung nicht überein, so fällt es den Ratern schwerer, eine Entscheidung zu treffen. Der Umgang mit der „Grammatik“ als Teil des BF führt ebenfalls zu Schwierigkeiten, da die Rater versuchen das Thema „Grammatik“ mitaufzunehmen, manche aber auch ihre eigene Meinung miteinbringen („wurde falsch verstanden, deshalb bewerte ich anders“), was dazu führt, dass der Einsatz des PEAP-Materials (n=6) überwiegend bei Fall 1 erfolgt. Die Auswirkungen auf Alltag und Teilhabe (n=3) werden trotz eingeschränkter Funktionen im sprachlichen Bereich als nicht hinderlich für das Kind gewertet, während die affektiven Komponenten wie fehlendes Selbstvertrauen deutliche Auswirkungen auf die Handlungsfähigkeit des Kindes haben. Das Alter (n=3) wird negativ vergleichend mit anderen Kindern



aus der Alterskohorte herangezogen oder als entwicklungsgerechtes Verhalten z. B. flunkern, interpretiert.

#### *10.2.9.4 Kategorie 4 hilfreiche Aspekte*

BF 6: Es werden ausschließlich die Fertigkeiten der Kinder (n=4) angesprochen, die sich überwiegend auf Fall 3 (n=3) beziehen. Diese beziehen sich auf verbale Anteile wie die Sprachkompetenz, kognitive Anteile wie die Konzentrationsfähigkeit sowie einer Kombination aus verbal-kognitiven Anteilen, der geschickten kindlichen Gesprächsführung.

BF 8: Bezüglich der Kompetenzen der Therapeutin (n=4) wird die gelungene Motivation des Kindes von Seiten der Therapeutin und das empathische Verhalten gegenüber dem Kind wie Pausen anbieten und das gezielte Eingehen auf schwierige Betätigungen durch Zeigen, erwähnt. Die Fertigkeiten der Kinder (n=6) werden in emotional-kognitiven Anteilen, d. h. kritisches Hinterfragen des eigenen Könnens, gesehen.

BF 9: Es werden wenig unterstützende Aspekte genannt. Die kindlichen Fertigkeiten (n=3) beziehen sich auf verbale-kognitiv Anteile z. B. beschreibt das Kind die Aufgaben, die es durchführt. Die Kompetenz der Therapeutin (n=1) beinhaltet Gesprächsführungskompetenzen wie das Nachfragen an der passenden Stelle.

BF 11: Die Kompetenzen der Therapeutin (n=2) liegen bei der Motivation des Kindes gegen Ende des Assessments. Die kindlichen Fertigkeiten (n=2) implizieren kognitive Anteile wie die Merkfähigkeit.

#### *10.2.9.5 Kategorie 5 hemmende Aspekte*

BF 6: Hier stehen die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes (n=6), besonders bei Fall 1 (n=5) im Vordergrund. Diese beziehen sich auf kognitive Anteile wie Konzentration und Aufmerksamkeit als auch emotional-kognitive Anteile wie das sich selbst einschätzen können. Für den Gesprächsverlauf (n=3) wird die Reaktion der Mutter (lachen über Beschreibung des Kindes) sowie fehlende Informationen aufgrund der Videoaufnahme und den Unterlagen genannt. Zudem fehlt den Ratern relevante Betätigungen in diesem Feld z. B. Lego spielen.

BF 8: Die hemmenden Aspekte resultierend aus dem Gesprächsverlauf (n=7) beziehen sich auf das fehlende Nachfragen der Therapeutin was zu einer undeutlichen Datenlage (zu wenig Infos, unkonkrete Beschreibung) führt. Zudem wird das Verhalten der Mutter bei Fall 3 durch Lachen im Hintergrund als störend wahrgenommen. Die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes beziehen sich ausschließlich auf Fall 1 und hier auf kognitive Anteile wie reduziertes Aufgabenverständnis und eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit.



BF 9: Hemmende Aspekte beziehen sich bei BF 9 überwiegend auf den Gesprächsverlauf (n=10). Hier wird die Gesprächsführung der Therapeutin durch fehlendes Nachfragen was zu eingeschränkter Information für die Rater führt, thematisiert. Zudem fokussiert die Therapeutin das Gespräch auf die Fähigkeiten des Kindes, die Erwartungen des Umfeldes werden nicht so stark miteinbezogen. Des Weiteren wird die Mutter im Hintergrund als angespannt erlebt. Die eingeschränkten kindlichen Fertigkeiten (n=5) beziehen sich auf kognitive Anteile wie Aufmerksamkeit und Konzentration.

BF 11: Die Unterkategorie Gesprächsverlauf (n=11) dominiert diese Kategorie. Der Gesprächsverlauf und das Handeln der Therapeutin sind für die Rater zum Teil nicht nachvollziehbar z. B. wird erwähnt, die Lehrer habe kein Problem angegeben, auf dem Lehrerbogen sind jedoch Schwierigkeiten notiert. Als weitere Abweichung der Therapeutin wird bei der Bewertung des Kindes statt einer 2, wie im Gespräch angegeben, auf dem Bogen eine 3 notiert. Zudem fehlen den Ratern detailliertere Informationen über das wie der Betätigungsausführung. Bei den eingeschränkten kindlichen Fertigkeiten (n=7) wird die abnehmende Konzentrationsfähigkeit der Kinder thematisiert und die daraus resultierende reduzierte Responsivität.

#### **10.2.10 Zusammenfassung Ergebnisse inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse & Interrater-Reliabilitätsstudie**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der hoch konkordierenden und der gering konkordierenden Betätigungsfelder gemeinsam betrachtet und mit den Ergebnissen aus der Interrater-Reliabilitätsstudie vereint.

##### **10.2.10.1 *Bewertungsübereinstimmung***

###### **10.2.10.1.1 Betätigungsfelder hohe Konkordanz**

Betrachtet man die Ergebnisse aus der qualitativen Analyse differenzierter so wird deutlich, dass für diese Betätigungsfelder insgesamt mehr übereinstimmende (n=57) als differierende Codierungen (n=36) vorliegen, was dafür spricht, dass die Bewertungen der Klientengruppe als überwiegend übereinstimmend wahrgenommen wird.

Besonders deutlich wird dieser Unterschied bei BF 3 und BF 13. Hier dominieren die übereinstimmenden Codierungen, wobei auch die Übereinstimmung der gesamten Klientengruppe jeweils in diesen BFs am häufigsten auftritt. Bei BF 3 liegen Fall 2 & Fall 3 homogene Bewertungen zugrunde. Die abweichende Bewertung der Lehrer bei Fall 1 (BF 3) steht im Gegensatz zu einer hohen Übereinstimmung bei Kind und Mutter. Die Rater erklären sich die abweichende Meinung der Lehrer, da diese die Problematik (einnässen in der Nacht) nicht beurteilen kann. Bei BF 13 liegen für Fall 1 und für Fall 2 ebenfalls homogene Bewertungen vor, die Abweichung der Einschätzung des Kindes bei Fall 3 steht hier konträr zu einer deutlichen Übereinstimmung in der Kategorie Mutter/Lehrer.

Die Rater lassen sich in ihrem Bewertungsverhalten nicht von der Einschätzung des Kindes leiten, da dieses zwar ein Problem in diesem BF beschreibt, ihm jedoch keine Wichtigkeit beimisst.

BF 4 ist das einzige BF bei dem die differierenden Codings numerisch häufiger vertreten sind als die übereinstimmenden. Dies lässt sich auf die Bewertung von Fall 1 zurückführen. Hier differiert die Bewertung der Lehrer deutlich, was sich in der Unterkategorie Diskrepanz Lehrer widerspiegelt. Die Rater erklären sich das Bewertungsverhalten, da die Lehrer die Betätigungen des Betätigungsfeldes „den Körper pflegen“ aufgrund reduzierter Ausführung in der Schule ihrer Meinung nach nicht so zuverlässig bewerten kann. Die höchste Übereinstimmung der kompletten Klientengruppe zeigt aber auch hier das insgesamt homogene Bewertungsbild.

Insgesamt werden wenige Diskrepanzen der gesamten Klientengruppe benannt. Die in den BFs thematisierten Abweichungen beziehen sich überwiegend auf einer Person z. B. des Raters in BF 12. Die einzelne, abweichende Meinung einer Person scheint den Ratern bei der Bewertung keine deutlichen Schwierigkeiten zu bereiten.

Bei der gesamten Betrachtung der Übereinstimmungen liegen, wie in Tabelle 86 dargestellt, bei den Betätigungsfeldern 3,4,12 & 13 insgesamt 18 vollständige Überschneidungen der Klientengruppe vor (grün markiert) und 19 Überschneidungen von zwei Personen (blau markiert). Eine deutliche Tendenz von zwei Bewertungen gibt es zudem noch 15-mal (gelb markiert). Hingegen betragen die Abweichungen von mehr als einem Punktwert 18 (rot markiert).

**Tabelle 86: Überblick Bewertung Betätigungsfelder hohe Konkordanz**

BF 3	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
<b>Kind</b>	7/7	4/7	1/n. b. <sup>30</sup>	Fall 1: Kind & Mutter deutliche Tendenz Überschneidung; Abweichung Lehrer
<b>Mutter</b>	6/10	3/4 <sup>31</sup>	1/n. b.	Fall 2: Mutter & Lehrer Überschneidung; Kind deutliche Tendenz Problem, Abweichung Wichtigkeit
<b>Lehrer</b>	1/n. b.	3/4	1/n. b.	Fall 3: vollständige Überschneidung Klientengruppe

<sup>30</sup> Grün: Vollständige Überschneidung Klientengruppe

<sup>31</sup> Blau: Überschneidung von 2 Personen der Klientengruppe

BF 4	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
Kind	10/10 <sup>32</sup>	4/10	1/n. b.	Fall 1: Kind & Mutter deutliche Tendenz Überschneidung; Abweichung Lehrer
Mutter	9/7	4/4	1/n. b.	Fall 2: Nur 2 Rater für Bewertung: Überschneidung Problem, Abweichung Wichtigkeit
Lehrer	3/4 <sup>33</sup>	k. A./k. A.	1/n. b.	Fall 3: vollständige Überschneidung Klientengruppe
BF 12	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
Kind	1/n. b.	10/10	1/n. b.	Fall 1: Überschneidung Kind & Lehrer; deutliche Tendenz Überschneidung Mutter Problem, Abweichung Wichtigkeit
Mutter	2/4	8/7	1/n. b.	Fall 2: Abweichung Klientengruppe
Lehrer	1/n. b.	3/4	1/n. b.	Fall 3: vollständige Überschneidung Klientengruppe
BF 13	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
Kind	7/1	1/n. b.	4/1	Fall 1: deutliche Tendenz Überschneidung Klientengruppe Problem; deutliche Abweichung Wichtigkeit
Mutter	6/10	2/1	1/n. b.	Fall 2: Überschneidung Kind & Lehrer, deutliche Tendenz Mutter
Lehrer	7/4	1/n. b.	1/n. b.	Fall 3: Überschneidung Mutter & Lehrer; Abweichung Kind Problem

Es wird deutlich, die Bewertungsübereinstimmung der Klientengruppe zeigt sich überwiegend homogen, aber nicht ausschließlich. Eine rein quantitative Betrachtung der Einschätzung erläutert nicht, warum die Rater bei diesen Betätigungsfeldern weniger Schwierigkeiten hatten, eine übereinstimmende Bewertung zu finden. Ein einheitliches Bewertungsbild erleichtert dem Rater die Einschätzung. Es darf jedoch auch Differenzen geben. Das „warum“ der abweichenden Meinung ist ein wichtiger Indikator. Lässt sich dieses „warum“ für die Rater nachvollziehen z. B. durch die unterschiedlichen Kontexte, so stellt die Gesamtbewertung für den Rater keine Schwierigkeit dar. Zudem ist eine Übereinstimmung zwischen zwei Personen der Klientengruppe ein weiterer wichtiger und hilfreicher Anhaltspunkt für die Rater. Bei den Betätigungsfeldern liegt überwiegend eine deutliche Überschneidung zwischen der Meinung von Mutter und Kind, sowie eine Diskrepanz zur Lehrer vor. Diese Überschneidung von Mutter und Kind wird als Indikator für die Gesamtbewertung genutzt.

<sup>32</sup> Gelb: Deutliche Tendenz von 2 Bewertungen d.h. nur ein Punktwert Unterschied

<sup>33</sup> Rot: Abweichung von mehr als einem Punktwert Unterschied

### 10.2.10.1.2 Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

Betrachtet man diese Felder mit den Ergebnissen aus der qualitativen Analyse so wird deutlich, dass in diesen Betätigungsfeldern insgesamt deutlich mehr differierende (n=105) als übereinstimmende Codierungen (n=34) vorliegen. Entsprechend dieser Bewertung ist die Bewertungsübereinstimmung der gesamten Klientengruppe insgesamt gering. Den Ratern liegt bei diesen Bewertungsfeldern als Grundlage ein insgesamt heterogenes Bewertungsbild der Klientengruppe vor.

Bei genauerer Analyse wird deutlich, dass die Einschätzungsübereinstimmung von zwei Personen aus der Klientengruppe, die bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz vorliegt, hier, wie in Tabelle 87 dargestellt, ebenfalls vorhanden ist. Jedoch gibt es kaum Übereinstimmung bei der Bewertung zwischen Mutter und Kind. Zudem nimmt die Mutter häufig eine andere Position als die restliche Klientengruppe ein, was die Rater inhaltlich nicht nachvollziehen können z. B. bei Fall 1 und 2 im Betätigungsfeld 6 „Kulturtechniken erlernen“. Dieses Betätigungsfeld beinhaltet schulrelevante Betätigungen, deren Ausführung bei Fall 1 nur von der Mutter als problematisch beschreiben wird. Hier vermuten die Rater inhaltlich unterschiedliches Verständnis über das Betätigungsfeld. Bei Fall 3 werden die Schwierigkeiten sowohl von Kind als auch von dem Lehrer beschrieben, was die Mutter jedoch nicht bestätigt.

Tabelle 87: Überblick Bewertung Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

BF 6	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
<b>Kind</b>	1/n. b.	1/n. b.	7/1	Fall 1: Überschneidung Kind & Lehrer; deutliche Tendenz Problem Mutter; Abweichung Wichtigkeit Mutter
<b>Mutter</b>	2/4	5/4	1/n. b.	Fall 2: Überschneidung Kind & Lehrer; Abweichung Mutter
<b>Lehrer</b>	1/n. b.	1/n. b.	1/n. b.	Fall 3: Überschneidung Mutter & Lehrer; Abweichung Problem Kind
BF 8	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
<b>Kind</b>	1/n. b.	1/n. b.	4/4	Fall 1: Überschneidung Kind & Lehrer; Abweichung Mutter
<b>Mutter</b>	6/10	4/4	1/n. b.	Fall 2: deutliche Tendenz Problem Mutter & Lehrer; Überschneidung Wichtigkeit; Abweichung Kind
<b>Lehrer</b>	1/n. b.	3/4	5/7	Fall 3: deutliche Tendenz Problem Kind & Lehrer, Abweichung Wichtigkeit; Abweichung Mutter

BF 9	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
Kind	4/1	3/4 <sup>34</sup>	1/n. b. <sup>35</sup>	Fall 1: deutliche Tendenz Problem Mutter & Kind, Abweichung Wichtigkeit; Abweichung Lehrer
Mutter	3 <sup>36</sup> /10	3/4	1/n. b.	Fall 2: Vollständige Überschneidung Klientengruppe
Lehrer	1/n. b. <sup>37</sup>	3/4	3/4	Fall 3: Überschneidung Kind & Mutter; Abweichung Lehrer
BF 11	Fall 1	Fall 2	Fall 3	Grad der Überschneidung
Kind	1/n. b.	5/7	7/7	Fall 1: Überschneidung Kind & Mutter; Abweichung Lehrer
Mutter	1/n. b.	3/4	1/n. b.	Fall 2: Abweichung Klientengruppe
Lehrer	7/10	1/n. b.	1/n. b.	Fall 3: Überschneidung Mutter & Lehrer; Abweichung Kind

Als weiterer Faktor kommt die deutliche Differenz zwischen der Beurteilung der Klientengruppe und der Rater hinzu. Die Abweichung entstehen dadurch, dass die Rater es als schwierig empfinden eine einheitliche Bewertung abzugeben wenn sich ihre eigene Beobachtung nicht mit der Bewertung der Klientengruppe deckt. Zudem gestaltet es sich als schwierig wenn das Bewertungsraster zu einem anderen Ergebnis kommt, als die Einschätzung der Rater, die sie aus ihrer eigenen Beobachtung ableiten. Liegt eine heterogene Bewertung der Klientengruppe vor, so versuchen die Rater diese auszugleichen indem sie entweder einen Mittelwert zwischen den Bewertungen suchen oder den Schwerpunkt bei der Bewertung setzten, die ihnen am relevantesten erscheint.

### 10.2.10.2 Perspektive Klientengruppe

#### 10.2.10.2.1 Betätigungsfelder hohe Konkordanz

Es liegt eine Korrelation zwischen der Wichtigkeit der Klientengruppe und der beschriebenen Wichtigkeit der Rater vor. Der Teil der Klientengruppe, der die höchste Wichtigkeit angibt, wird von den Ratern aufgegriffen. Die Wahrnehmung dieser Person der Klientengruppe z. B. der Mutter, wird am häufigsten von den Ratern angesprochen und fließt somit in die Gesamtbewertung ein. Kind und Mutter nehmen hier in Relation zur Lehrer eine bedeutendere Rolle ein. Insgesamt fließt die Wichtigkeit der Lehrer deutlich weniger in die Bewertung mit ein als die Wichtigkeit von Mutter und Kind. Die Betätigungsfelder mit hoher Konkordanz sind „Toilettengang“, „den Körper pflegen“,

<sup>34</sup> Grün: vollständige Überschneidung Klientengruppe

<sup>35</sup> Blau: Überschneidung von 2 Personen Klientengruppe

<sup>36</sup> Gelb: deutliche Tendenz von 2 Bewertungen d.h. nur einen Punktwert Unterschied

<sup>37</sup> Rot: Abweichung von mehr als einem Punktwert Unterschied

„aktive körperliche Spiele“ und „gemeinsam spielen“. Die ersten beiden Betätigungsfelder beinhalten Betätigungen, die im schulischen Kontext in der Regel keine größere Rolle einnehmen. Auch das Spiel wird im schulischen Alltag als nicht so relevant erachtet, sodass die Wahrnehmung der Lehrer für die Rater keine so große Bedeutung hat.

#### 10.2.10.2.2 Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

Insgesamt ist hier das Bewertungsbild bei der Wichtigkeit heterogener als bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz. Je höher der Wichtigkeitswert von einer Person in der Klientengruppe eingeschätzt wird und diese Einschätzung stark von der weiteren Klientengruppe abweicht, desto deutlicher spielt die Wichtigkeit bei der Bewertung durch den Rater eine Rolle. Es finden alle Personen der Klientengruppe Gehör. Die Betätigungsfelder mit niedriger Konkordanz sind „konstruieren“, „Kulturtechniken lernen“, „Aufgaben erledigen“ und „zuhören und erzählen“. Außer bei dem Betätigungsfeld „Aufgaben erledigen“ wird die Wahrnehmung der Lehrer als bedeutend eingeschätzt, da diese BFs als relevant für den schulischen Alltag erachtet werden. Hier fehlen den Ratern zum Teil genauere Informationen durch den Lehrer. Erschwert wird die Bewertung für die Rater, wenn die Personen aus der Klientengruppe angeben, dass gewisse Betätigungen nicht oder nur sehr eingeschränkt durchgeführt werden können, diesen aber keine oder wenig Wichtigkeit zugesprochen werden.

#### 10.2.10.3 Begründung Rater

##### 10.2.10.3.1 Betätigungsfelder hohe Konkordanz

Insgesamt orientieren sich die Rater bei der Bewertung dieser vier Betätigungsfelder überwiegend an der Qualität der Betätigungsausführung. So wird die Selbständigkeit thematisiert, aber auch Einschränkungen durch das Umfeld (z. B. zu hoher Badewannenrand) oder durch körperliche Voraussetzungen des Kindes (z. B. Sehproblematik; Konzentrationsprobleme) mit einbezogen.

Der Entwicklungsstand des Kindes in Relation zu seinem kalendarischen Alter spielt für die Rater ebenfalls eine Rolle. Hier erhalten sie unterschiedliche Informationen aus der Klientengruppe. Das Kind vergleicht sich mit Gleichaltrigen oder wird von seinem Umfeld mit gleichaltrigen Kindern verglichen. Erschwert wird dieser Vergleich, wenn das Kind aufgrund einer Frühgeburt, wie bei Fall 2, von der biologischen Reife nicht dem kalendarischen Alter entspricht. Zudem machen die Rater sich ein eigenes Bild vom Entwicklungsstand des Kindes und bringen hier ihre eigene Meinung darüber, was das Kind können sollte oder in Zukunft können müsste, mit ein.

Die PEAP-Materialien werden dann zur Unterstützung genutzt, wenn die Bewertung der Klientengruppe heterogener ist. Dies wird z. B. deutlich bei BF 13, Fall 1. Hier liegt eine ausgewogene Beschreibung des Betätigungsproblems bei gleichzeitig differenzierender Wichtigkeit vor, sodass die

Rater zu einer Gesamtbewertung zwischen 2 und 3 gelangen. Mit Hilfe der PEAP-Materialien gelangen die Rater zu einer überwiegend einheitlichen Gesamtbewertung. Bei homogener Bewertung erlangen die Rater die Gesamtbewertung mit geringem Einsatz von Kommentarbeispielen oder Bewertungsraster.

Die Auswirkungen auf Teilhabe und den Alltag werden bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz insgesamt wenig thematisiert. Entweder erfährt das Kind durch seine Betätigungsschwierigkeiten keine Einschränkungen bei der Ausführung relevanter Rollen und Aufgaben im Alltag oder aber es wird hier in der Rollenausführung z. B. als Schulkind eingeschränkt.

#### 10.2.10.3.2 Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

Bei der Bewertung der Betätigungsfelder mit niedriger Konkordanz zeigt sich ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Kategorien PEAP-Material, Auswirkung auf Alltag und Teilhabe sowie der Qualität. Einzig die Kategorie Alter fließt weniger in die Bewertungsbegründung mit ein.

Für die Rater ist die Bewertung schwieriger, wenn die Klientengruppe viele Probleme angibt, diese jedoch mit einer geringen Wichtigkeit belegt. Hier nutzen die Rater das PEAP-Material, wobei der Einsatz des Bewertungsrasters und der Kommentarbeispiele zu einer Bewertung führt, die nicht mit den Beobachtungen des Raters korreliert. Das PEAP-Material wird insgesamt häufig angewendet, da die Unterschiedlichkeit in der Bewertung, die Rater vor eine herausfordernde Situation stellt.

Bei der Qualität bringen die Rater ihre eigene Meinung und Perspektive deutlich mit ein. Stimmt die Beschreibung der Klientengruppe mit der Beobachtung der Rater nicht überein, so fällt es den Ratern schwer, eine einheitliche Gesamtbewertung abzugeben. Zudem betrachten die Rater das kindliche Verhalten in unterschiedlichen Kontexten (häusliches, schulisches, therapeutisches Umfeld) differenziert. Die Verbindung aus eigenen Beobachtungen und dem Wissen über unterschiedliche Betätigungsausführung in verschiedenen Kontexten macht die Bewertungssituation komplexer. Der Teilbereich „Grammatik“ wird während eines PEAP von einem Lehrer dem Betätigungsfeld 11 „zuhören und erzählen“ zugeordnet. Hier herrscht Unstimmigkeit auf Seiten der Rater. Manche Rater integrieren die beschriebenen Schwierigkeiten bei der Gesamtbewertung des Betätigungsfeldes, andere Rater jedoch nicht, da dieser Teilbereich ihrer Meinung nach nicht hierhin gehört.

Die Betätigungsfelder werden von den Ratern überwiegend als relevant für die schulische Teilhabe erachtet. Die Ausführung der Betätigung und die Auswirkungen auf den schulischen Alltag jedoch unterschiedlich interpretiert. So wird z. B. die Stifthaltung im Vierpunkt-Griff von manchen Ratern als problematisch angesehen, andere messen dieser Schwierigkeit keine Bedeutung zu.

### 10.2.10.4 *Hilfreiche Aspekte*

#### 10.2.10.4.1 *Betätigungsfelder hohe Konkordanz*

Insgesamt werden bei diesen Betätigungsfeldern 20 Nennungen zu hilfreichen Aspekten gemacht. Diese beziehen sich auf die Kompetenz der Therapeutin und auf die Fertigkeiten des Kindes.

Als unterstützend wird von den Ratern die Gesprächsführung des Therapeuten benannt, wenn dieser nachfragt, um detailliertere Informationen zu erhalten, dem Kind Dinge erneut erklärt, Informationen aus dem offenen Interview aufgreift sowie das Gespräch für das Kind spannend gestaltet. Unterstützende Fertigkeiten des Kindes sind verbale Anteile (Ausdrucksfähigkeit), emotional-kognitive Anteile (Reflexionsfähigkeit), kognitive Anteile (Aufgabenverständnis) und emotionale Anteile (Motivation).

#### 10.2.10.4.2 *Betätigungsfelder niedrige Konkordanz*

Bei diesen Betätigungsfeldern gibt es ähnlich wie bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz 22 Nennungen, die förderliche Aspekte (Kompetenz der Therapeutin und die Fertigkeiten des Kindes) beinhalten.

Auch hier werden von Seiten des Kindes kognitive Anteile (Konzentrationsfähigkeit, Merkfähigkeit), verbal-kognitive Anteile (Sprachkompetenz, Versprachlichung der Betätigungsausführung) sowie emotional-kognitiven Anteilen (selbstkritisches Reflexion) genannt. Bezüglich der Kompetenz des Therapeuten werden die Interaktionsfähigkeit durch gelungene Motivation des Kindes (besonders gegen Ende des Assessments), empathisches Verhalten gegenüber dem Kind sowie Gesprächsführungskompetenzen wie das Nachfragen an passender Stelle erwähnt.

### 10.2.10.5 *Hemmende Aspekte*

#### 10.2.10.5.1 *Betätigungsfelder hohe Konkordanz*

Hier gibt es 23 Nennungen zu den hemmenden Aspekten, die sich auf die Fertigkeiten des Kindes und den Gesprächsverlauf beziehen.

Als einschränkend werden überwiegend kognitive Anteile (Konzentration, Aufmerksamkeit, Ausdauer, Aufgabenverständnis) beschrieben, die besonders beim fortgeschrittenen Gesprächsverlauf bei den Betätigungsfeldern 12 und 13 deutlich werden. Zudem werden emotionale Anteile (unangenehmes Thema, anstrengende Situation, reduzierte Motivation) erwähnt. Im Hinblick auf die Gesprächssituation wird die Sitzposition der Mutter (im Rücken des Kindes) als unpassend wahrgenommen, zudem wird ein fehlendes Nachfragen von Seiten der Therapeutin als ungünstig erkannt. Auf die Studie bezogen empfinden die Rater die Videosituation als hemmend, da sie an für sie relevanten Stellen während des Gespräches nicht selbst nachfragen konnten.



#### 10.2.10.5.2 Betätigungsfelder niedrige Konkordanz

Bezüglich der hemmenden Aspekte gibt es bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Bewertungsübereinstimmung deutlich mehr Nennungen (n=50) für die eingeschränkten Fertigkeiten des Kindes und den Gesprächsverlauf.

Von kindlicher Seite führen Einschränkungen im kognitiven Bereich (Konzentration, Aufmerksamkeit, Aufgabenverständnis) und im emotional-kognitiven Bereich (selbstkritisches Einschätzen der eigenen Fähigkeiten) zu Schwierigkeiten. Der Gesprächsverlauf wird als einschränkend erlebt wenn die Mutter sich nicht angemessen verhält (Lachen im Hintergrund; angespanntes Verhalten), dem Rater relevante Informationen fehlen z. B. durch zu wenig nachfragen der Therapeutin oder die Therapeutin Fehler bei der Durchführung macht z. B. Inhalte aus dem Lehrerbogen falsch übernimmt, Übertragungsfehler bei der Bewertung.

In diesem Kapitel sind die Ergebnisse der Studie ausführlich und im Anschluss jeweils als Zusammenfassung getrennt nach der jeweiligen Forschungsmethode erläutert. Im anschließenden Kapitel werden die Ergebnisse und das methodische Vorgehen interpretiert und diskutiert. Ein Gesamtfazit gibt einen kurzen Überblick über die gesamte Forschungsarbeit bevor die Schlussbetrachtung und der Ausblick das Kapitel abschließen.

# **DISKUSSION UND AUSBLICK**

# 11 Diskussion und Einordnung der Ergebnisse

---

## 11.1 Bewertungsübereinstimmung

Die Bewertungsübereinstimmung bezieht sich sowohl auf die quantitative Konkordanz bei der Gesamtbewertung eines Betätigungsfeldes als auch auf die Übereinstimmung auf Grundlage der qualitativen Daten. Quantitativ wurden die Daten aus der Interrater-Reliabilitätsstudie mit dem Kendalls Konkordanzkoeffizient (KCC) ausgewertet. Dieser eignet sich für die Darstellung der Übereinstimmung von subjektiver Bewertung der einzelnen Rater untereinander. Er evaluiert die Übereinstimmung von drei oder mehr Ratern (hier: zehn Rater) in Bezug auf die gleiche Untersuchungsgruppe (hier: Fall 1 bis 3) (Gwet 2012; Feger 1983). Auf dieser Grundlage stellten die Betätigungsfelder des PEAP in Teilen ein reliables Untersuchungsinstrument dar.

Wie in Kapitel 10.2.1 und 10.2.2 erläutert zeigen vier Betätigungsfeldern (BF 3, 4, 12 & 13) der insgesamt 15 Betätigungsfelder exzellente ( $W$  zwischen .958 und .894) und 4 Betätigungsfeldern (BF 2, 5, 7 & 15) eine gute ( $W$  zwischen .884 und .830) Interrater-Reliabilität auf. Diese acht Betätigungsfelder zeigen einen Wert über  $W.70$  und liegen über der für diese Studie in Anlehnung an May et al. (2006) und Morris et al. (2006) festgelegten Wert der angemessenen Interrater-Reliabilität. Im Vergleich zur Studie von Spilbichler (2015), die das gleiche Forschungsdesign nutzt und neun weitere PEAP geschulte Rater dieselben Fälle bewerten lässt, zeigen sich bei den Betätigungsfeldern mit exzellenter und guter Interrater-Reliabilität ebenfalls Werte im sehr hohen Übereinstimmungsbereich ( $W$  zwischen .827 bis 1.00) (s. Tab. 88).

Drei Betätigungsfelder (BF 1, 10 & 14) weisen eine nicht akzeptable ( $W$  zwischen .697 und .568) Übereinstimmung bezüglich der Interrater-Reliabilität auf, sie liegen unter dem *cut off* von  $W 0.70$ . Betätigungsfeld 1 liegt bei Spilbichler (2015) ebenfalls im nicht angemessenen Bereich, die anderen beiden Betätigungsfelder zeigen jedoch eine exzellente bzw. gute Übereinstimmung.

Vier Betätigungsfelder (BF 6, 8, 9 & 11) zeigen eine inadäquate ( $W$  zwischen .364 und .170) Interrater-Reliabilität. Diese Betätigungsfelder liegen deutlich unter der für die Studie festgelegten *cut off* von  $W.70$ . Bei Spilbichler (2015) zeigt sich für diese Betätigungsfelder insgesamt eine höhere Interrater-Reliabilität, wobei Betätigungsfeld 6 und 8 ebenfalls im nicht akzeptablen Bereich liegen. Betätigungsfeld 9 & 11 hingegen liegt im guten Übereinstimmungsbereich.

Tabelle 88: Gegenüberstellung Kendalls W Strebel &amp; Spielbichler

Betätigungsfelder PEAP		Kendalls W Studie Strebel	Kendalls W Studie Spielbichler
BF 1	Essen und Trinken	.568	.579
BF 2	Sich an- und ausziehen	.884	.847
BF 33	Auf die Toilette gehen	.943	1.00
BF 4	Den Körper pflegen	.958	1.00
BF 5	Sich mit und ohne Geräte fortbewegen	.883	.939
BF 6	Etwas konstruieren	.184	.642
BF 7	Werkzeug benutzen	.830	.939
BF 8	Kulturtechniken erlernen	.170	.460
BF 9	Aufgaben erledigen	.317	.808
BF 10	In Gruppen interagieren	.658	.904
BF 11	Zuhören und erzählen	.364	.885
BF 12	Körperliche Spiele durchführen	.958	1.00
BF 13	Gemeinsam spielen	.894	.827
BF 14	Alleine spielen	.697	.847
BF 15	Fantasie- und Rollenspiele spielen	.882	.945

Der Überblick in Tabelle 88 macht deutlich, dass die Übereinstimmung bezüglich der Interrater-Reliabilität bei Spielbichler (2015) insgesamt höher ist als die Übereinstimmung in der hier vorgestellten Studie. Die neun Rater bei Spielbichler (2015) und die zehn Rater der hiesigen Studie bewerten dieselben Fälle (Fall 1 bis 3). Unterschiede gibt es im Zeitraum zwischen der Schulung und der Durchführung der Studie. Bei Spielbichler (2015) liegt ein einheitlich geringer Zeitraum zwischen Workshop und Studie vor (maximal 4 Monate). Zudem werden alle Rater aus einem Workshop akquiriert und vor Durchführung der Studie nochmals gezielter geschult. Sechs Rater nehmen an einem persönlichen Treffen mit Schulung und Übungen teil; die restlichen Rater werden per Video geschult (Spielbichler 2015). Die Einheitlichkeit und Aktualität bezüglich des Wissenstandes über das PEAP ist in der Gruppe der Rater als homogener anzusehen. Wie in der Studie von Sorsdahl, Moenilssen und Strand (2008) wurden die Rater bei Spielbichler (2015) intensiv vor der Durchführung der Studie geschult. Sorsdahl et al. (2008) erzielte in der Reliabilitätsstudie zum *Gross Motor Performance Measure and the Quality of Upper Extremity Skills Test* signifikant höhere Werte als andere Studien (Spirto, O'Mahony, Malone 2011). Resümierend lässt sich feststellen, dass die Studie von

Spielbichler (2015) den optimalen Bedingungen gleicht, die hiesige Erhebung die Bewertung vor dem Hintergrund der Arbeitsrealität abbildet. Bestimmte Therapiebedingungen sind in der Praxis viel schwieriger einzuhalten (Weigl 2016), weshalb Spirtos et al. (2011: 382) in Frage stellen „wether this degree of training is achievable or realistic in a clinic environment is questionable“.

Insgesamt haben die Teilnehmer der Studie von Spielbichler (2015) weniger Zeit, Erfahrungen im Einsatz mit dem Instrument und somit auch der Gesamtbewertung zu sammeln. Hier liegt der Durchschnitt bei drei PEAP Durchführungen vor Teilnahme an der Studie. Der Durchschnitt bei der hiesigen Studie liegt bei neun durchgeführten PEAP-Assessments. Die Erfahrung der Rater im Umgang mit der Bewertung des PEAP führt in der hier durchgeführten Studie unter Umständen dazu, dass die Bewertung durch die vorherigen Erfahrungen beeinflusst wird. So zeigen auch die Studie von Cusick, Vasquez, Knowles und Wallen (2005), dass die Therapeuten mit weniger Erfahrung in der Anwendung des Assessments höher Übereinstimmungswerte erreichen, als Therapeuten mit viel Erfahrung. Dies wirft die Hypothese auf, dass die Interrater-Reliabilität höher ist, wenn das Assessment aktuell gelernt wird, da die Therapeuten einheitlicher vorgehen. Im weiteren beruflichen Einsatz reduziert sich die Interrater-Reliabilität, da eigene Erfahrungen/Umgang hinzukommen (Spirtos et al. 2011). Die IPA Analyse der Gesamtbewertung von vier Therapeuten (s. Kapitel 10.2.3 & 10.2.4) mit unterschiedlicher Berufserfahrung und Erfahrung im Umgang mit dem PEAP zeigt, je mehr Berufserfahrung vorliegt, desto mehr *professional reasoning* (Feiler 2003 & 2007; Hagedorn 2009; Schell 2003a) wird bei der Gesamtbewertung eingesetzt und je mehr Routine in der PEAP Anwendung vorliegt, desto weniger stark orientiert sich der Rater an der PEAP Struktur.

Die Rater haben unterschiedlich viel Berufserfahrung in der Pädiatrie und entsprechen in diesem Punkt der Anwendergruppe in der Berufspraxis. Die Berufserfahrung hat in der Studie von Sorsdahl et al. (2008) Auswirkungen auf die Interrater-Reliabilität. Je mehr Berufserfahrung (ab 17 Jahren), desto höher die Übereinstimmungen. In der vorliegenden Studie überschreiten nur 3 Rater die von Sorsdahl et al. (2008) festgelegte Grenze von 17 Jahren, sodass es sich, bezogen auf diese zeitliche Dimension, um überwiegend unerfahrenere Therapeuten im pädiatrischen Kontext handelt, was Einfluss auf die Interrater-Reliabilität haben kann. Dagegen sprechen jedoch die Daten von Spielbichler (2015). Hier haben ebenfalls nur 2 Rater mehr als 17 Jahre Berufserfahrung in der Pädiatrie, die Interrater-Reliabilität liegt wie beschrieben deutlich höher.

Die von Kraus und Romein (2015) eingeführte Strukturhilfe zur Gesamtbewertung, die einen weiteren Schritt hin zu mehr Strukturierung darstellt, wird in der Schulung der Rater von Spielbichler gelehrt. Alle Rater wenden dieses Instrument bei der Bewertung an. Die Rater der vorliegenden Studie nehmen zwischen 2011 und 2014 an einer PEAP-Schulung teil. Nur die 2014 geschulten Rater (vier von zehn Ratern) setzen die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung ein. Der Abgleich der Studien

lässt den Schluss zu, dass die Anwendung der Strukturhilfe zur Gesamtbewertung, sowie die Einheitlichkeit und Aktualität bei der Vermittlung der Inhalte wichtige Faktoren zur Verbesserung der Interrater-Reliabilität bei der Gesamtbewertung darstellen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interrater-Reliabilität für acht Betätigungsfelder (53 %) zufriedenstellend ist, davon zeigen vier Betätigungsfelder (27 %) exzellente und vier Betätigungsfelder (27 %) sehr gute Interrater-Reliabilität. Sieben Betätigungsfelder (47 %) übersteigen den *cut off* Wert von *W.70* nicht. Das Ergebnis bleibt unverändert, auch wenn der *cut off*, wie von Norman & Streiner (2003) vorgeschlagen bei *W.75* liegt. Bei den Betätigungsfeldern unterhalb des *cut off* zeigen drei Felder (20 %) eine nicht akzeptable Übereinstimmung und vier Felder (27 %) eine inadäquate Übereinstimmung. Drei Betätigungsfelder (BF 1; BF 6 & BF 8) zeigen sowohl in der Studie von Spielbichel (2015) als auch hier, eine nicht akzeptable bzw. inadäquate Übereinstimmung. Die von Kraus und Romein (2013) geforderte Gradwanderung des PEAP zwischen klarer Strukturierung und Standardisierung sowie einem freien und individuellen Prozess wird u. a. durch individuelles Vorgehen im PEAP-Assessment deutlich. Fraglich bleibt inwieweit Klientenzentrierung und Standardisierung eines Assessments harmonisieren und an welchen Punkten im PEAP-Assessment auf Kosten eines Aspektes Anpassungen vorgenommen werden müssen.

Von Interesse ist, ob es bei den Betätigungsfeldern mit exzellenter und inadäquater Interrater-Reliabilität neben der Strukturhilfe und den Durchführungsbedingungen noch weitere Hinweise gibt, die Ursache/Grund für eine hohe bzw. geringe Gesamtbewertung sein können. Aufgrund dessen werden die qualitativen Daten zu diesen acht Betätigungsfeldern nach überschneidenden Merkmalen analysiert.

Bei der Bewertungsübereinstimmung der Betätigungsfelder mit hoher Konkordanz liegen im Gegensatz zu den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz insgesamt mehr übereinstimmende ( $n=57$  hohe Übereinstimmung zu  $n=34$  niedrige Übereinstimmung) als differierende Aussagen ( $n=36$  hohe Übereinstimmung zu  $n=105$  niedrige Übereinstimmung) der Rater vor. Die Rater nehmen die Klientengruppe in den Betätigungsfeldern mit den hohen Übereinstimmungen als homogener wahr, was die Gesamtbewertung durch die Rater erleichtert. Dieser Wahrnehmung liegt die Bewertungseinstufung der Klientengruppe zugrunde. Wie in Tabelle 89 deutlich wird, zeigt sich bei den Betätigungsfeldern mit hoher Übereinstimmung bei den Bewertungen durch die Klientengruppe 18-mal eine vollständige Überschneidung zwischen der Bewertung von Kind, Mutter und Lehrer bezüglich der Ausführung und der Wichtigkeit, während dies bei den Betätigungsfeldern mit geringer Übereinstimmung nur 6-mal vorliegt. Die größte Differenz zwischen den Bewertungen, die Abweichung von mehr als einem Punktwert Unterschied, ist bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz niedriger ( $n=18$ ) als bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz ( $n=28$ ), was

ebenfalls zeigt, dass bei Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz weniger Übereinstimmung bei der Bewertung der Klientengruppe vorliegt.

**Tabelle 89:** Gegenüberstellung Ergebnisse Betätigungsfelder hohe & geringe Konkordanz

<b>Ergebnis BF hohe Übereinstimmung:</b>	<b>Ergebnis BF geringe Übereinstimmung</b>
vollständige Überschneidung Klientengruppe: 18	vollständige Überschneidung Klientengruppe: 6
Überschneidung von zwei Personen Klientengruppe: 19	Überschneidung von zwei Personen Klientengruppe: 31
deutliche Tendenz von zwei Bewertungen 15	deutliche Tendenz von zwei Bewertungen: 7
Abweichung von mehr als einem Punktwert Unterschied: 18	Abweichung von mehr als einem Punktwert Unterschied: 28
<b>Gesamt positiv: 52</b> <b>Gesamt negativ: 18</b>	<b>Gesamt positiv: 44</b> <b>Gesamt negativ: 28</b>

Die Überschneidung von zwei Personen der Klientengruppe ist bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz niedriger ( $n=19$ ) als bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz ( $n=31$ ). Dies liegt daran, dass bei den hoch konkordierenden Feldern bereits eine deutliche vollständige Überschneidung der Klientengruppe vorliegt. Des Weiteren gibt es bei den Betätigungsfeldern mit geringer Überschneidung kaum Übereinstimmungen bei der Bewertung zwischen Mutter und Kind. Diese Differenz innerhalb der Personengruppe Mutter/Kind erschwert den Ratern die Bewertungsfindung. Die Bewertungsübereinstimmung von zwei Personen bei Betätigungsfeldern mit hoher Übereinstimmung bezieht sich ebenfalls überwiegend auf die Übereinstimmung Kind/Lehrer oder Mutter/Lehrer. Jedoch zeigt die Bewertung von Kind/Mutter bei diesen Betätigungsfeldern eine deutliche einheitliche Tendenz bezüglich der Bewertung. Liegt eine Bewertungsübereinstimmung oder eine Tendenz bei der Bewertung zwischen Mutter und Kind vor, so scheint die Gesamtbewertung für die Rater erleichtert. Argumentativ begründen die Rater dies mit dem unterschiedlichen Setting, in dem die jeweiligen Personen die Betätigungsausführung der Kinder erleben. Die Lehrer erleben das Kind in einer Gruppensituation in einem Alltag, der sich deutlich von dem häuslichen Umfeld unterscheidet. Manche Betätigungen wie z. B. auf die Toilette gehen, können aus Perspektive der Rater von den Lehrern nicht so differenziert bewertet werden. Dies stellt für die Rater ein nachvollziehbares Argument bei differierenden Bewertungen zwischen Eltern/Kindern und Lehrer dar. Bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Übereinstimmung nimmt oft die Mutter eine abweichende Bewertung vor. Diese Abweichung lässt sich für die Rater auf Grundlage der vorliegenden Informationen nicht nachvollziehbar erklären. Dies erschwert die Gesamtbewertung durch die Rater. Zudem gelangen die Rater bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz, auf

Grundlage ihrer eigenen Beobachtungen und Interpretationen zu anderen Ergebnissen als die Klientengruppe. Manche Rater suchen in diesem Fall einen Mittelwert. Andere Rater setzen eigene Schwerpunkte bezüglich der Bewertungen, die ihnen im Hinblick auf die eigene Interpretation am relevantesten erscheinen. Die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung kombiniert beide Vorgehensweisen (Kraus & Romein 2015). Hier wird es dem Therapeuten ermöglicht, ein rechnerisches Ergebnis für die Gesamtbewertung zu erhalten. Zudem fließt von Seiten des Therapeuten Reflexion, Erfahrung und Fachwissen mit ein, was die Entscheidungsfindung stützt.

### **11.1.1 Perspektiven und Begründungen**

Die Perspektive der Klientengruppe fließt durch die Einstufung der Wichtigkeit deutlich in die Gesamtbewertung mit ein. Je höher die Wichtigkeit einer Person der Klientengruppe, desto wichtiger deren Perspektive bei der Bewertung. „Bei der Wichtigkeit wird hingegen immer der höchste Wert übernommen und beeinflusst entsprechend die Gesamtbewertung“ (Kraus & Romein 2015: 68). Diese Vorgabe wird konsequent angewendet und scheint für die Rater als hilfreich. Grundsätzlich finden alle Teilnehmer der Klientengruppe Gehör, jedoch wird insgesamt der Wichtigkeit von Mutter und Kind mehr Bedeutung beigemessen, als der Wichtigkeit des Lehrers, wenn die Betätigungsfelder aus Perspektive der Rater als nicht schulrelevant erachtet werden. Dies ist bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz der Fall. Somit wird bei diesen Betätigungsfeldern die Gesamtbewertung überwiegend auf der Aussage von zwei Personen (Mutter und Kind) getroffen, was die Gesamtbewertungssituation vereinfacht.

Die Betätigungsfelder mit niedriger Konkordanz werden aus Sicht der Rater als überwiegend schulrelevant erachtet, es finden alle Teilnehmer der Klientengruppe im gleichen Maße Gehör. Hier liegen den Ratern unzureichende Informationen vor, um die Perspektive der Lehrer verstehen zu können. In Relation zur Bewertungserhebung mit Kind und Mutter, wird mit den Lehrern kein Gespräch geführt. Die Meinung der Lehrer wird durch den Lehrerfragebogen erhoben. Der fehlende persönliche Kontakt zum Lehrer scheint gerade in schwierigeren Bewertungssituationen problematisch. Erschwerend sind für die Rater zudem Situationen, in den Personen aus der Klientengruppe angeben, dass die Betätigung nicht oder nur eingeschränkt durchgeführt werden kann, dies aber keine Wichtigkeit für den Befragten darstellt. Es zeigt sich, dass die Rater Klientenzentriert denken (s. Kapitel 6.2.2), jedoch bei der Umsetzung Schwierigkeiten haben diese Differenz zu akzeptieren.

Die Rater setzen die PEAP-Materialien (Kommentarbeispiele, Bewertungsraster) verstärkt bei Betätigungsfeldern mit heterogener Klienteneinschätzung, d. h. bei Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz ein, um eine Begründung für ihre Entscheidung zu finden. Hier zeigt es sich erneut als



herausfordernd, wenn die Klientengruppe viele Probleme angibt, diese aber mit geringer Wichtigkeit belegt. Die Rater greifen dann verstärkt zum Einsatz der PEAP-Materialien, die ihnen bei der Entscheidungsfindung Unterstützung bieten. Kommen die Rater mit Hilfe der PEAP-Materialien zu Bewertungen, die ihrer eigenen Wahrnehmung nicht entsprechen, so erschwert dies die Bewertungsentscheidung erneut. Auf der einen Seite wünschen die Rater sich mehr Information z. B. von den Lehrern, um eine Unterstützung bei der Bewertungsfindung zu erhalten, auf der anderen Seite erfahren die Rater dadurch mehr über die Betätigungsausführung der Kinder in unterschiedlichen Kontexten, was die Bewertungssituation zum Teil verkompliziert. Es wird von den Ratern erwartet, dass sie die Komplexität der Betätigungsausführung in verschiedenen Settings in einen Zahlenwert fassen, was ihnen schwer fällt, je heterogener sich das Bewertungsbild der Klientengruppe und die eigene Therapeuteneinschätzung zeigt.

Bei den Betätigungsfeldern mit hoher und niedriger Konkordanz werden das Maß an Selbständigkeit, der Entwicklungsstand des Kindes sowie die Auswirkungen der Einschränkungen auf Teilhabe und Selbständigkeit als Begründung für die jeweilige Bewertung herangezogen. Letzteres wird bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz unterschiedlich interpretiert. So zeigt sich, dass funktionale Einschränkungen wie die Stifthaltung bei manchen Ratern als problematisch bewertet werden, andere dieser Tatsache keine Bedeutung zuschreiben, da daraus keine Alltagsschwierigkeiten resultieren. Es wird deutlich, dass die Therapeuten von der Denkrichtung *top-down* einsteigen, jedoch häufig zu einem *top-to-bottom-up* Denken (Fisher 2014) tendieren. Bei diesem Vorgehen gehen Therapeuten nach dem Bericht des Klienten gedanklich direkt zur Ursachenforschung im Bereich der Körperfunktionen.

### **11.1.2 Anforderungen und Vorgehen bei der Gesamtbewertung**

Es werden von den Teilnehmern bei den Betätigungsfeldern mit hoher Konkordanz ebenso viele hilfreiche Aspekte bei der Gesamtbewertung wie bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz benannt, die sich inhaltlich überschneiden.

Therapeuten werden als unterstützend erlebt, wenn ihnen eine klientenzentrierte Gesprächsführung mit emphatischer Grundhaltung und entsprechender Motivation (Delfos 2013; Fuhs 2000; Gede & Schmidt 2004) gelingt. Positive kindliche Fertigkeiten sind emotional-kognitive (z. B. selbstkritische Reflexionsfähigkeit) und kognitive (z. B. Konzentrationsfähigkeit, Sprachkompetenz) Anteile. Es wird deutlich, dass das PEAP-Assessment hohe kognitive und emotionale Anforderungen an das Kind stellt.

Die hemmenden Aspekte überwiegen bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz quantitativ deutlich. So gibt es für diese Betätigungsfelder 50 Nennungen, bei den Betätigungsfeldern

mit hoher Konkordanz hingegen 23 Nennungen. Inhaltlich liegen keine Differenzen vor. Es werden bei allen Betätigungsfeldern besonders die eingeschränkten kindlichen Aspekte im kognitiven Bereich, z. B. reduzierte Konzentration und Aufgabenverständnis, emotionale Anteile wie die belastende Situation durch Gespräch über Probleme und den teilweise intimen Gesprächsinhalten (Toilettengang), sowie die emotional-kognitive Anteile der Selbsteinschätzung, erwähnt.

Fünfstufige Kinder beherrschen in Bezug auf phonologische, semantische und pragmatische Entwicklung die Grundstruktur ihrer Muttersprache und sechsstufige Kinder haben bereits einen passiven Wortschatz von ca. 10.000 Wörtern (Kasten 2009; Siegler et al. 2016). Die sprachlichen Voraussetzungen für die Durchführung des PEAP-Assessments sind somit gegeben. Jedoch kommen häufig in ihrer Sprachkompetenz eingeschränkte Kinder in die ergotherapeutische Behandlung. Dies kann dazu führen, dass ein sprachlich altersgerechtes Instrument das Kind überfordert. Zudem benötigt das Kind nicht nur die sprachlichen Fertigkeiten, es muss als Kommunikationspartner auftreten (Weinert & Grimm 2012). Bereits dreijährige Kinder können sich an „[...] das Alter und den Status ihrer Gesprächspartner anpassen“ (ebd.: 446), wobei sie sich inhaltlich überwiegend am Situationskontext orientieren. Die sozialen Emotionen wie Verlegenheit, Stolz und Scham entstehen im zweiten Lebensjahr und verfeinern sich im weiteren Verlauf der kindlichen Entwicklung (Siegler et al. 2016). Die Reaktion des Gegenübers auf z. B. schamhaftes Verhalten hat Auswirkungen auf die Beziehungsgestaltung (ebd.) und somit den weiteren Gesprächsverlauf bei einem Interview.

Die der Studie zugrunde liegenden PEAP-Assessments dauern 29 Minuten (Fall A); 40 Minuten (Fall B) und 22 Minuten Fall C, im Schnitt 30 Minuten. Delfos (2013) empfiehlt bei sechs- bis achtjährigen Kindern eine Gesprächsdauer von 15 bis 20 Minuten einzuhalten. Die hier geführten PEAP-Assessments wurden mit sehr jungen Grundschulkindern (1. Klasse) durchgeführt und überschritten diese Toleranzschwelle, was für die Kinder eine schwierige Situation darstellt.

Die selbstkritische Reflexionsfähigkeit ist eine komplexe Fertigkeit, der eine gesunde Selbstentwicklung, die sich u. a. aus dem Selbstempfinden, der Fähigkeit zur Perspektivübernahme, der Theory of Mind (ToM) konstituiert (Hannover & Greve 2012). Kinder im Alter zwischen vier und neun Jahren werden sich der Subjektivität von Perspektiven bewusst, die ToM beginnt sich bereits im dritten Lebensjahr zu entwickeln und die Gedächtnisfunktionen ermöglichen ihnen einen autobiografischen Zugang zu ihrem Selbst (ebd.). Jedoch ist die Selbstentwicklung in dieser Altersspanne noch nicht abgeschlossen. So erkennen Kinder erst mit acht Jahren, [...] dass innere Erfahrungen diskrepant von äußeren Erscheinungen sein können (ebd.: 552). Die von den Teilnehmern als positiv erwähnte selbstkritische Reflexionsfähigkeit kann in der Altersstufe 5;0 bis 6;11 nur begrenzt vorausgesetzt werden.

Die Anwesenheit der Mutter wird dann als negativ erlebt, wenn Erstens ihre Sitzposition (z. B. im Rücken des Kindes) nicht förderlich für den Gesprächsverlauf ist. Kraus und Romein (2015) schlagen vor, die Eltern außerhalb des Sichtfeldes des Kindes zu platzieren, um mögliche Beeinflussung zu vermeiden. Hier sollten die Therapeuten individuell reagieren, um die Sitzposition für die jeweiligen Gesprächsteilnehmer möglichst angenehm zu gestalten. Zum Zweiten wenn die Mutter sich nicht der Situation angemessen verhält z. B. durch Lachen an unpassenden Stellen im Hintergrund oder angespanntes Verhalten.

Hemmend sind zudem formale Fehler der Therapeuten wie Übertragungsfehler oder Durchführungsfehler. Dies gibt Hinweise auf eine eingeschränkte Durchführungsobjektivität des PEAP-Assessments was Auswirkungen auf die Reliabilität haben kann. „Mangelnde Objektivität beeinträchtigt die Reliabilität, weil die Diskrepanzen zwischen Testanwendern Fehler erzeugt. Die Reliabilität kann folglich nur maximal so hoch sein wie die Objektivität“ (Bortz & Döring 2006: 200).

Aber nicht nur die Betätigungsfelder mit hoher und niedriger Konkordanz sind von Interesse. Das Bewertungsvorgehen von vier Ratern wird bei allen Betätigungsfeldern des PEAP-Assessments analysiert, um ihre Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung zu verstehen, wovon sich dann Empfehlungen für weitere Schulungen und Anpassungen des Assessments ableiten lassen. Die Merkmale der Entscheidungsfindung kennzeichnen das Vorgehen der Teilnehmer bei der Gesamtbewertung.

## 11.2 Merkmale der Entscheidungsfindung

Es liegen jedem Teilnehmer drei PEAP-Assessments vor. Die Interviews werden, trotz ähnlicher Ausgangssituation von den Teilnehmern als unterschiedlich schwer bezüglich der Bewertung eingestuft. Das herausfordernde kindliche Verhalten sowie das heterogene Bewertungsbild der Klientengruppe und das weniger unterstützende Verhalten der Therapeutin sind ausschlaggebend dafür, dass Fall 1 als schwierigster Fall eingestuft wird. Fall 2 ist in Relation mittelschwer. Hier liegen trotz teilweise unterschiedlichen Bewertungen der Klientengruppe viele unterstützende Verhaltensweisen von Seiten der Therapeutin sowie eine hohe *compliance* von Mutter und Kind vor. Am leichtesten wird Fall 3 von den Teilnehmern erlebt, da hier viel übereinstimmende Bewertungen der Klientengruppe vorliegen und der Fall insgesamt wenig komplex erscheint. Die Gesprächsführung der Therapeutin wird hier jedoch als wenig hilfreich wahrgenommen, da Unsicherheiten bezüglich Tiefgang und Vollständigkeit von Seiten der Rater geäußert werden. Insgesamt gilt, je komplexer der Fall, desto wichtiger das offene Interview, da dort notwendige Zusatzinformationen gewonnen werden.

Es liegt bei der Erhebung kein Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung/Erfahrung PEAP und der Einschätzung der Schwierigkeit bei der Bewertung eines Falles vor. Jedoch zeigt sich, je mehr Berufserfahrung ein Therapeut hat, desto mehr begründet er seine Entscheidung mit Anteilen des *professional reasoning*. Dies entspricht der Beschreibung von Schell (2003b), die die Entwicklung des *professional reasoning* in Phasen von Anfänger bis zum Experten einteilt, die mit der Berufserfahrung korrelieren.

Wie in der Ergebnisdarstellung deutlich wird, gibt die Struktur des PEAP Therapeuten mit wenig PEAP-Erfahrung ein Gerüst, an dem sich diese stark orientieren. Je mehr Erfahrungen die Rater mit dem Assessment haben, desto flexibler setzen sie die PEAP-Struktur ein, d. h. sie nutzen die Instrumente des PEAP, fokussieren sich aber nicht ausschließlich darauf.

Aus den Ergebnissen (s. Kapitel 10.2.3) geht hervor, dass es fünf gemeinsame Elemente gibt, die alle Therapeuten, unabhängig von Berufserfahrung und Erfahrung, im Einsatz mit dem PEAP bei der Gesamtbewertung zeigen. Diese werden im Folgenden diskutiert.

### *Therapeutic use of self*

Der *therapeutic use of self*, das Setzen eigener Schwerpunkte aufgrund der therapeutischen Perspektive und das kritische Betrachten von Aussagen und Einschätzungen der Klientengruppe hat Wurzeln, die in der Wahrnehmung und Erfahrung des Therapeuten begründet sind, dem *wordview* des Therapeuten (Egan & Dubouloz 2014). Die subjektive Wirklichkeit des Menschen wird aus Erfahrenem und Gelernten konzipiert, d. h. der Mensch sieht das, was er gelernt hat (Greving & Ondracek 2009). Die konstruktivistische Sichtweise, die als Grundannahme u. a. konsterniert, dass „alle Beobachtungen von einem Menschen durchgeführt werden, der wiederum sich selbst in diese Beobachtungsprozesse einbringt. Alles Wissen und alles Tun sind subjektiv bestimmt und nicht von dieser Subjektivität loslösbar“ (Greving & Ondracek 2009: 67), zeigt, dass der Therapeut mit seiner eigenen Konstruktion immer Teil dieses Bewertungsprozesses ist. Der Therapeut muss sich seiner eigenen Werte und Überzeugungen bewusst sein, um diese nicht unbewusst auf den Klienten zu übertragen (Hagedorn 2004; Keilhofner 2008). Dies stellt den Therapeuten, bei der Gesamtbewertung des PEAP vor die herausfordernde Aufgabe, die Beschreibung der Kinder und ihrer Eltern bezüglich der Betätigungsausführung anzuerkennen und die Vielfalt und Differenz bei der Ausführung und der Bewertung der Betätigung zu akzeptieren. Die Motivations- und Interessenslagen der einzelnen Subjekte müssen erkannt und entsprechend in die Gesamtbewertung des Therapeuten einfließen, da sonst die Einschätzung der Klientengruppe an Bedeutung verliert.

Der bewusste Einsatz des *therapeutic use of self* ist für die Therapeuten ein Schlüsselaspekt, gerade, um die eigenen Anteile bei der Bewertung auf Grundlage der Beschreibung der Klientengruppe, zu

erkennen, für deren gezielten Einsatz sie sich aber durch die Berufsausbildung nicht angemessen vorbereitet fühlen (Taylor, Lee, Kielhofner & Ketkarh; 2009; Taylor 2008). Dies lässt vermuten, dass die Therapeuten den *therapeutic use of self* eher implizit einsetzen und ihre eigenen Einstellungen bei der Bewertung nicht ausreichend kritisch hinterfragen können.

### Implikation für die berufliche Ausbildung, das Assessment und den Therapeuten

Der 2-tägige PEAP-Workshop nach der abgeschlossenen Berufsausbildung ist nicht ausreichend, um mit Therapeuten grundlegendes Verständnis bezüglich ihrer subjektiven Konstruktionsleistungen zu erarbeiten. Auf eigener biografischer Erfahrung sollen die angehenden Therapeuten in der beruflichen Ausbildung lernen, ihre eignen Konstruktionen nachzuvollziehen (Greving & Ondracek 2009). Gelingt dies, so ist ein gezielterer Einsatz des *therapeutic use of self* möglich. Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV) aus dem Jahr 1999 sieht im Fach „Grundlagen der Ergotherapie“ als Unterpunkt die „Selbstwahrnehmung“, das „therapeutische Handeln“ sowie die „therapeutische Rolle und Persönlichkeit“ vor. Da es nur allgemeine Angaben zum Gesamtumfang des Faches „Grundlagen der Ergotherapie“ gibt, bleibt die konkrete inhaltliche Ausgestaltung offen. Die Therapeuten gehen mit unterschiedlich profunden Kenntnissen in die praktische Arbeit, in der sie ihre eigenen persönlichen Anteile immer wieder kritisch reflektieren sollten.

Neben den eigenen Anteilen, sollten Therapeuten die Fertigkeiten (s. Kapitel 4.3.4) die sie benötigen, um das PEAP-Assessment zielführend einzusetzen, im Vorfeld kennen, um einzuschätzen, ob sie in der Lage sind, einen möglichst gelungenen Ablauf zu erreichen. Da die Art und Weise der Durchführung des PEAP die Gesamtbewertung für die Therapeuten vereinfacht oder erschwert, ist im Rahmen der Ausbildung zum Ergotherapeuten bzw. des PEAP-Workshops auf die Entwicklung der im folgenden beschriebenen Fertigkeiten besonders zu achten.

Die Fertigkeit des *adapt*/anpassen bezieht sich darauf, dass der Therapeut das Instrument so einzusetzen, sodass der Klient seine Position in den Erhebungsprozess miteinbringen kann. Die Idee ist, „[...] breaking- down tasks for just-right-challenges“ (Townsend et al. 2007: 117). Da es sich um den standardisierten Teil des PEAP handelt, sollte das Assessment nicht stark verändert oder angepasst werden (Kraus & Romein 2015). Die Länge des Assessments kann jedoch dazu führen, dass sich die Kinder besonders zum Ende hin nicht mehr ausreichend konzentrieren können, um detailliert auf die Fragen zu antworten. Karabin (2015: 60) beschreibt als eine kindliche Strategie die bei der Durchführung der PEAP-Assessments sichtbar wird, die „Aufmerksamkeit durch Aktivität“. Es wird deutlich, dass die Kinder versuchen ihre Aufmerksamkeit durch körperliche Aktivitäten wie herumrutschen auf dem Stuhl, nesteln an verschiedenen Körperteilen aufrechtzuhalten (ebd.). Durch

die „Wahrnehmung über die Körpersinne, die Haut, über die Bewegung und das Gleichgewichtsempfinden, die Wahrnehmung der eigenen Position und Lage im Raum vermitteln dem Kind ein Bild von der Welt und von sich selbst in ihr“ (Zimmer & Dzikowski 2007: 35). Um gerade Kinder im Vor- bzw. frühen Grundschulalter als „Bewegungswesen“ (ebd.) anzunehmen, sollte über eine Anpassung des PEAP-Assessments durch u. a. aktive Pausen, der Einsatz von Bewegungsmaterialien wie Knautschbällen, nachgedacht werden.

Die Teilnehmer beschreiben das strukturierte Vorgehen an den Betätigungsfeldern als förderlich, jedoch wünschen sie sich im Rahmen dieser Struktur ein individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse des Gesprächspartners, da ansonsten wichtige Informationen verloren gehen. Somit stehen die anpassenden Fertigkeiten in enger Beziehung zum *specialize*/spezialisieren. Der Therapeut benötigt spezielle Fertigkeiten im Rahmen der klientenzentrierten Gesprächsführung mit Kindern und Erwachsenen (s. Kapitel 6.2.3). Die Teilnehmer benennen klientenzentrierte Elemente der Gesprächsführung wie das vertiefende Fragen oder eine abwartende Haltung. Diese werden als hilfreich erlebt, da sich die Klienten besser öffnen können und der Informationsgehalt detaillierter und somit für die Therapeuten nachvollziehbarer wird. Gelingt dies, so wird das offene Interview von den Teilnehmern als bereichernd erachtet. Das partnerschaftliche Arbeiten wird noch durch den Einsatz des *collaborate*/zusammenarbeiten unterstützt, da dies die Schlüsselfertigkeit des partnerschaftlichen Arbeitens im klientenzentrierten Prozess darstellt. „Collaboration requires skills to listen, communicate, express respect and confidence in others, cooperate with others [...]“ (Townsend et al. 2007: 120). Zudem benötigen Therapeuten bei der Durchführung des PEAP-Assessments die Fertigkeit des *coachens*, da diese sie dabei unterstützt „[...] to develop a client-centred partnership in conversation about occupation“ (ebd.: 119). Der Therapeut muss in der Lage sein, das gemeinsame Gespräch mit Kind und Eltern zu führen. Die Anwesenheit der Mutter hat für die Teilnehmer Auswirkungen auf den Gesprächsverlauf. Hier muss der Therapeut in der Lage sein, die Gesprächsdynamik so zu gestalten, dass es für alle beteiligten Personen ein angenehmes Gespräch darstellt. Das PEAP-Assessment erfordert zudem ein hohes Maß an Fertigkeiten des *coordinate*/koordinieren. Der Therapeut braucht, um sich ein umfassendes Bild machen zu können, Informationen von Seiten des Kindes, der Eltern und der Bezugsperson in der Einrichtung (Lehrer oder Erzieher). „The coordination of assessment/evaluation information mirrors the coordination of people, services, and organizations“ (ebd.: 122). Diese Informationen müssen durch den Therapeuten anschließend zusammengebracht und interpretiert werden.

### Klientenzentrierung

Die Klientenzentrierung, als weiteres Merkmal der Entscheidungsfindung, zeigt sich in der Haltung und Perspektive die der Therapeuten einnimmt und in dem Ausmaß wie die Stimme der Klienten durch den Therapeuten „gehört“ werden. Dadurch wird der im CMOP-E beschriebene Spiritualität (Mandich & Rodger 2006) des Klienten Bedeutung beigemessen. Dies bezieht sich nicht nur auf das PEAP-Assessment, sondern auch auf das offene Interview, bei dem der Therapeut durch die offene Struktur das Gespräch mit seiner Haltung und Art der Gesprächsführung deutlich prägen kann. Gelingt dies dem Therapeuten, so ist der Mehrwert für die Gesamtbewertung relevant. Bei dem PEAP-Assessment findet besonders die angegebene Wichtigkeit der Kinder Beachtung. Die Einschätzung der Lehrer spielt für die Therapeuten besonders bei schulrelevanten Betätigungen eine entscheidende Rolle. In verschiedenen Studien wurde deutlich, dass der klientenzentrierte Ansatz bei Assessments und Intervention positive Auswirkungen hat. Dies zeigt sich in einer verbesserten Umsetzung der Empfehlungen aus der Therapie (vgl. King, King & Rosenbaum 1996 in Law & Baum 2005), gesteigerten Klientenzufriedenheit (Calnan et al. 1994; Caro & Derevensky 1991; Doyle & Ware: 1977; Dunst et al. 1994 in ebd.) und führt zu einer Verbesserung des funktionalen Outcomes (Dunst, Trivette, Deal 1998; Greenfield, Kaplan, Ware 1985; Moxley-Haegert, Serbin 1983; Rosenbaum et al. 1998 in ebd.). Zudem wird eine klientenzentrierte Gesprächsführung mit offenen, vertiefenden Fragen und keinem zeitlichen Druck von den Therapeuten als förderlich erlebt.

Als herausfordernd erweist es sich, eine Gesamtbewertung zu finden, wenn alle beteiligten Personen unterschiedlicher Meinung sind oder wenn die Therapeutenmeinung stark von der Einschätzung der Klientengruppe variiert. Um dies zu vereinfachen, wurde von Kraus und Romein (2015) nach Abschluss der empirischen Erhebung, die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung eingeführt. Diese gibt den Therapeuten auf rechnerische Art die Möglichkeit, einen Konsens zu finden, wobei der Therapeut eine „starke Stimme“ hat, da er mit drei Bewertungselementen (Reflexion, Erfahrung und Fachwissen) die Gesamtbewertung beeinflusst. Diese Strukturhilfe hat sich in der Studie von Spielbichler (2015) als förderlich bezüglich der Interrater-Reliabilität der Gesamtbewertung erwiesen. Zudem haben die Therapeuten in einer PEAP-Konferenz die Möglichkeit nach Abschluss des offenen Interviews und des PEAP-Assessments gemeinsam mit Kindern und Eltern u. a. über unterschiedliche Bewertungen zu sprechen (Kraus & Romein 2015). Dadurch wird es für den Therapeuten einfacher, „[...] die Sichtweise und Ziele des Klienten zu respektieren und zu würdigen und ihm nicht seiner Träume zu nehmen“ (Fisher 2014: 16). Innerhalb der Studie konnte die PEAP-Konferenz aufgrund des Studiendesigns nicht realisiert werden, wodurch die Studienteilnehmer erschwerende Bedingungen vorfanden, um auf klientenzentrierte Weise eine Gesamtbewertung zu finden.

### Implikation für die berufliche Ausbildung, das Assessment und den Therapeuten

Eine grundsätzlich klientenzentrierte Haltung und Gesprächsführung (s. Kapitel 6.2.2) ist für die Umsetzung des PEAP grundlegend. Das Wissen über die klientenzentrierte Praxis und deren Umsetzung lässt sich nicht nur in einem 2-tägigen Workshop erarbeiten. Hier können Impulse gegeben und vertiefende Aspekte in Bezug auf die klientenzentrierte Arbeit mit Kindern und ihren Eltern gegeben werden. Jedoch sollte die Klientenzentrierung bereits eine grundlegende Rolle in der beruflichen Ausbildung einnehmen. Wie bei dem *therapeutic use of self* sieht die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – ErgThAPrV) aus dem Jahr 1999 im Fach „Grundlagen der Ergotherapie“ als Unterpunkt die „Einführung in die klientenzentrierte Gesprächsführung“ vor, das Thema „Klientenzentrierung“ wird nicht explizit erwähnt, es liegen nur allgemeine Angaben zum Gesamtumfang des Faches „Grundlagen der Ergotherapie“ vor. Somit bleibt auch hier, wie beim *therapeutic use of self*, die konkrete inhaltliche Ausgestaltung offen. Ob und wieviel Stunden ein Berufsfachschüler die klientenzentrierte Gesprächsführung und ggf. ebenfalls die klientenzentrierte Praxis kennenlernt obliegt der Berufsfachschule. Somit werden die Berufsfachschüler auch in Bezug auf die Klientenzentrierung mit unterschiedlichen profunden Kenntnissen in die Berufswelt entlassen. Hier erwartet sie eine komplexe Arbeitsrealität. Unter dem von Hinojosa (2007) beschriebenen *hyperchange*, der sich mit steigendem Zeitdruck und mit gleichzeitig höheren Erwartungen an Effektivität und Effizienz der Therapie und/oder vermehrten Dokumentationsnachweisen im Arbeitsalltag bemerkbar macht sollen Therapeuten möglichst individuell die Lebenssituation ihrer Klienten erfassen. Deshalb ist eine von Ausbildungsbeginn an grundlegende Einführung und Begleitung in die klientenzentrierte Praxis und die klientenzentrierte Gesprächsführung auf Grundlage einer transparenten und inhaltlich aktualisierten Ausbildungsverordnung notwendig. Da es sich als schwieriger herausgestellt hat, als die meisten Ergotherapeuten zugeben, den zentralen Punkt der Ergotherapie, die wahre Bedeutung von klientenzentrierter Orientierung zu erfassen und in der Praxis umzusetzen (Craig 1999), bedarf es verlässlicher Strukturen, um die Voraussetzung für einen Transfer zu verbessern. Zudem sollte im PEAP-Kurs ein Schwerpunkt auf konkreten Beispielen der klientenzentrierte Gesprächsführung wie z. B. dem Kind auf gleicher (Augen-) Höhe begegnen und eine aktiv zuhörende Haltung einnehmen (Blickkontakt, um nonverbale Signale aufnehmen können, Zuhören durch Laute oder Nicken signalisieren) (Delfos 2013; Melzer & Methner 2012; Gede & Schmidt 2004) mit Einschätzung der kindlichen Erzähl- und Erinnerungskompetenz (Curtin 2001) und Elemente aus der metakognitiven Kommunikation (Delfos 2013) (s. Kapitel 6.2.3) gelegt werden, da es als nachteilig von den Therapeuten beschrieben wird, wenn Fragen überwiegend geschlossen gestellt werden und bei Unklarheiten nicht nachgefragt wird. Karabin (2015) analysiert in einer Studie die drei



Videoaufnahmen die ebenfalls das empirische Material für die hiesigen Studie darstellen. Als therapeutische Strategie zur Verständnissicherung beschreibt sie u. a. die „Strategie des gezielten Fragenstellens“ sowie die „Strategie durch Betonung und Paraphrasieren“ (Karabin 2015: 50f.). Diese Strategien zeigen auf, wie relevant die bewusste sprachliche Interaktion zwischen Therapeut und Kind ist.

### Top-down und bottom-up

Die Therapeuten nutzen sowohl das *top-down* als auch das *bottom-up* Denken bei der Gesamtbewertung der Betätigungsfelder. Bei der Befunderhebung mit dem PEAP starten die Therapeuten aufgrund der Assessmentstruktur von *top-down*, da die Erhebung mit der Ausführung von Betätigungen und nicht mit den Körperfunktionen beginnt. Im weiteren Entscheidungsprozess beziehen die Therapeuten in ihre ausführlichen Überlegungen funktionelle Anteile aus dem *bottom-up-Denken* mit ein – z. B., um die Auswirkungen der Funktionseinschränkung auf die Betätigungsausführung und Teilhabe zu verstehen. Hier findet die von Weinstock-Zlotnick und Hinojosa (2008) erhoffte Verbindung zwischen den beiden Denkrichtungen statt. Fisher (2014) sieht in diesem Vorgehen einen *Top-to-bottom-Ansatz*, wenn der Therapeut vom Bericht des Klienten gedanklich direkt zur Ursachenforschung im Bereich der Körperfunktionen übergeht und somit kein wirkliches *top-down* Vorgehen zeigt. Werden Funktionsstörungen erfasst, die keine Auswirkung auf die Betätigungsausführung haben, so erachten die Therapeuten diese als überwiegend nicht relevant. Das zeigt, dass die Verbindung zwischen *top-down* und *bottom-up* bei der Gesamtbewertung eine wichtige Aufgabe übernimmt, da hier entschieden wird, welche Betätigungen als wie problematisch erachtet werden, auch wenn Therapeuten hier nach der Definition von Fisher (2014) zum Teil ein von ihr als unvorteilhaft beschriebenes *Top-to-bottom-up-Vorgehen* nutzen. Der Begriff der Psychomotorik beschreibt die funktionelle Einheit von psychischen und motorischen Vorgängen (Zimmer, Cicurs 1995). Somit zeigt sich zum einen die psychische Befindlichkeit einer Person im körperlichen Ausdruck, zum anderen hat das Bewegungserleben Einfluss auf die Psyche (Quante & Liebisch 2002). Dies macht deutlich, in welchem engen Wechselspiel Körperfunktionen, die das Kind bei der Welterschließung über Bewegung und Wahrnehmung unterstützen (ebd.) und Betätigungsausführung stehen. Ein *top-down* Vorgehen unterstützt dieses Denken und gibt den Körperfunktionen einen angemessenen Stellenwert im klientenzentrierten Prozess.

### Professional reasoning

In enger Verbindung zu diesen Denkrichtungen steht das *professional reasoning*, dass ein Zusammenspiel aus Wissen, Kognition und Metakognition (Bridge & Twible 1997) darstellt und von den Therapeuten, entsprechend ihrer Berufserfahrung (s. Kapitel 6.2.1) in unterschiedlichen

Ausprägungen zur Entscheidungsfindung eingesetzt wird. Die Ergotherapie wird auch als eine *two body practice* (Mattingly 1994) bezeichnet, die sowohl das phänomenologische (*top-down*) als auch hypothetische (*bottom-up*) Denken vereint.

Mit dem *scientific reasoning* erfassen die Therapeuten körperliche Einschränkungen und ihre Auswirkungen auf den Alltag und verbinden somit medizinisches Denken, d. h. den Körper funktional zu betrachten, mit den *narrative, conditional* und/oder dem *interactive reasoning*, die das ganzheitliche Denken in den Vordergrund stellen (Mattingly 1994; Trombly 1993). In dieser Studie zeigt sich das *narrative reasoning* indem der Therapeuten über die geschilderten Betätigungen im Alltag reflektieren, d. h. die Lebensgeschichte des Klienten versteht und seine Einschränkungen bezüglich dieser in Beziehung zueinander zu bringen. Das *conditional reasoning* wird deutlich, wenn Therapeuten über die Zukunft reflektieren und überlegen, welche Auswirkungen das Betätigungsproblem in Zukunft haben könnte. Obwohl die Therapeuten als Rater nicht direkt mit den Klienten in Kontakt treten, zeigen sich Anteile des *interactive reasoning* indem emotionale Anteile wie z. B. Kongruenz der Aussage und der Körpersprache, aufgegriffen werden. Das *pragmatic reasoning*, als kontextbezogene Reasoning-Form, wird sichtbar bei formalen Aspekten wie z. B. Fehler bei der Durchführung des Assessments und dem Umgang damit. Es werden keine Aspekte aus dem *ethic* und *political reasoning* angesprochen. Ersteres kann daran liegen, dass Werte und Einstellungen der Klienten aufgrund des Studiendesigns (Video) für die Therapeuten nicht so greifbar wie im direkten Kontakt werden. Das *political reasoning* stellt eine Form des *professional reasoning* dar, bei der es um das Fürsprechen des Klienten auf verschiedenen Ebenen geht (CAOT 2002), um *occupational justice* des Einzelnen oder von Personengruppen innerhalb der Gesellschaft zu ermöglichen (Wilcock & Townsend 2007). Dieses gesellschaftliche Denken ist womöglich in der deutschen Ergotherapie noch nicht so verinnerlicht, sodass keine Anteile des *political reasonings* deutlich werden.

### Implikationen für das Assessment und den Therapeuten

Wie Fisher (2014) darstellt, haben vielfältige Studien gezeigt, dass Interventionen mit dem Fokus auf einer Verbesserung der Körperfunktionen, zeitraubend sind und kaum Evidenz aufweisen. Jedoch weisen Studien für den pädiatrischen Bereich bei betätigungsorientierter Therapie Evidenz auf (Chen, Tickle-Degnen, Cermak 2003). Wollen Ergotherapeuten evidenzbasiert arbeiten so sollten sie, bereits bei der Evaluation *top-down-Vorgehen* und hierbei die verschiedenen Formen des *professional reasoning* (Feiler 2003 & 2007; Hagedorn 2009; Schell 2003a) nutzen. Die bei der Entscheidungsfindung herangezogenen Reasoning-Formen zeigen, wie komplex die Gesamtbewertung des PEAP ist und welcher Herausforderung sich die Therapeuten stellen. Das PEAP arbeitet mit unterschiedlichen Formularen und Instrumenten, um den Therapeuten die Umsetzung

zu erleichtern. Jedoch sind die Materialien zum PEAP im Gegensatz zum Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law et al. 2011), umfangreich, was auch von den Teilnehmern benannt wird. Trotz PEAP-Kurs, Skype-Schulung und zum Teil breiter Erfahrung im Einsatz mit dem Assessment unterlaufen den Therapeuten kleinere formale und inhaltliche Fehler. Das COPM wurde seit seiner Erstveröffentlichung in 20 Sprachen übersetzt und in etwa 35 Länder angewendet (Law et al. 2011). Es findet auch in der deutschen Ergotherapie immer mehr Akzeptanz und Einsatz (George et al. 2009). Die Praktikabilität des COPM ist gut. Es wird in mehreren Studien deutlich, dass Anwender den Einsatz des Assessments einfach fanden (Law, Pollatajko, Pollock, McColl, Carswell, Baptiste 1994). Bartholomeyczik (2007) nennt neben der Reliabilität und der Validität die Praxistauglichkeit als kritisches Bewertungsmerkmal. Während der Durchführung des PEAP-Assessments unterlaufen den Teilnehmern, trotz Schulung, kleinere Fehler, die eine übereinstimmende Bewertung durch die Rater erschweren. Für das PEAP-Assessment wäre daher dringend eine Überprüfung der Praktikabilität notwendig, um – wie beim COPM – einen breiten Einsatz in der Pädiatrie zu gewährleisten. Zudem sollte untersucht werden, ob die Durchführungsobjektivität gewährleistet ist, da diese ebenfalls Ursache für die fehlerhafte Durchführung des Assessments sein kann. Ein praktikables und objektiv durchführbares Assessment unterstützt den Therapeuten bei seinem *professional reasoning* und vereinfacht das *top-down* Vorgehen.

Auf Grundlage dieser Aspekte der therapeutischen Entscheidungsfindung (*therapeutic use of self*, Klientenzentrierung, *top-down/bottom-up*, *professional reasoning*) formulieren Therapeuten verschiedene Hypothesen, die sie bei der Gesamtbewertung zu ihrem endgültigen Urteil führen.

### 11.3 Hypothesen zur Entscheidungsfindung

#### Umweltbezogenen Hypothesen

Die umweltbezogenen Hypothesen beinhalten alle Kontextbereiche des Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) (Townsend & Polatajko 2007; s. Kapitel 5.1.2). Die Therapeuten generieren Hypothesen auf Informationen aus der sozialen, kulturellen, physischen und institutionellen Umwelt. Der Einfluss der Umwelt auf das menschliche Handeln wird von den Therapeuten erkannt und mitgedacht.

In der sozialen Umwelt beziehen sich Therapeuten auf den Vergleich der Kinder oder Lehrer mit Gleichaltrigen. Kinder wollen Teil einer Gruppe sein, sich zugehörig fühlen und Ankerkennung erhalten (Hurrelmann 2012). Wie sie sich darstellen und einbringen und wie sie von anderen gesehen werden hängt stark von ihrem Selbstkonzept ab. Die Erwartungshaltung von Seiten der Umwelt ist höher, wenn ein Kind sich selbst mehr zutraut als wenn dieses sich selbst nichts traut (Zimmer 2011).

Ab dem Grundschulalter werden soziale Vergleiche immer häufiger vorgenommen, wodurch sich die Selbstbeschreibungen ausdifferenzieren und realistischer werden (Kray & Schaefer 2012a). In der Erhebung wird deutlich, dass die subjektiv erlebte Betätigungseinschränkung abhängig davon ist, mit welcher Gruppe sich ein Kind vergleicht oder verglichen wird und in welcher physischen Umwelt (Schule oder Elternhaus) die Betätigung ausgeführt wird. Dies beeinflusst die Bewertung der Betätigungseinschränkung, die mit dem gesundheitlichen Wohlbefinden in Zusammenhang steht (CAOT 1997).

Es zeigen sich zudem Einflüsse aus der institutionellen Umwelt. Besucht ein Kind die Förderschule, so werden andere Erwartungen an dieses Kind gestellt, als ein Kind, das Teil einer Regelschulklasse ist z. B. in Bezug auf die Selbstständigkeit. Die gesellschaftliche Vorgabe und Erwartung von Betätigungsausführung bezeichnet Kielhofner (2008) als *occupational form*. Diese können Menschen mit Einschränkungen nicht so ausführen, wie sie vorgesehen sind, was dazu führt, dass sie mehr Unterstützung benötigen (auch in Form von Hilfsmitteln) und nicht so viel Selbstständigkeit zeigen. Die Betätigungsausführung (*occupational performance*) steht in der Erhebung für die Therapeuten vor dem *Engagement*, dem beteiligt sein an Betätigung. Dies kann daran liegen, da das Assessment diesen neuen Teilaspekt der Ergotherapie nicht explizit aufgreift.

Grundsätzlich betrachten sowohl Kinder, Eltern, Lehrer und Therapeuten die kindliche Betätigungsausführung unter den Gesichtspunkten der altersbezogenen Entwicklungsaufgaben (Havinghurst 1982). Diesen wird eine hohe Normativität und regulierende Wirkung zugeschrieben (Quenzel 2015). Die Normativität wird davon geprägt, was Menschen in westlichen Gesellschaften normalerweise tun. „Entwicklungsaufgaben sind nur dann Entwicklungsaufgaben, wenn sie von der überwiegenden Mehrheit als Aufgaben angenommen und zu persönlichen altersbezogenen Erwartungen gemacht werden“ (Quenzel 2015: 235). Somit werden Entwicklungsaufgaben stark von der sozialen, physischen, institutionellen und kulturellen Umwelt geformt. Bezüglich der kulturellen Prägung wird in der Studie deutlich, dass geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewertung von Verhalten sowie kulturell geprägte Erwartungen das Bewertungsverhalten der Rater beeinflussen. Bei der Beschreibung der Betätigung, die benötigt wird, um Entwicklungsaufgaben zu meistern, zeigt sich, dass nicht jede Betätigung gleichwertig ist. Manche Betätigungen sind durch gesellschaftliche Prägungen relevanter als andere oder sie sind genderspezifisch einem Geschlecht zugeordnet (Jarman 2010).

Räumlich wird es von den Therapeuten als nachteilig erlebt, wenn das Gespräch z. B. durch hereinkommende Personen, Telefonklingeln unterbrochen wird. Die Kommunikationsforschung belegt, dass die Gestaltung des Gesprächssettings Einfluss auf Gesprächsinhalt und -verlauf hat (Schulz von Thun 2003).

### Implikationen für das Assessment und den Therapeuten

Die Betätigungsausführung eines Kindes kann in verschiedenen physischen Kontexten unterschiedlich gut gelingen. Dies beeinflusst die Bewertung der Klientengruppe und führt unter Umständen zu einem heterogenen Bewertungsbild. Diese Heterogenität zeigt sich nicht mehr in einer Gesamtbewertung auf Grundlage der Strukturhilfe, da hier ein Mittelwert gebildet wird. In Bezug auf Einheitlichkeit wird die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung als hilfreiches Instrument angesehen (s. Kapitel 11.1). Jedoch sollte überlegt werden, wie die Individualität, die ein klientenzentriertes Assessment ebenfalls ausmacht, erhalten bleibt z. B. durch farbiges markieren bei größerer Abweichung.

Das *Engagement* könnte durch erweiternde Fotografien auf den Bildkarten aufgegriffen werden. So zeigen die Bildkarten momentan ausschließlich Kinder, die keine sichtbaren Einschränkungen aufweisen und aktiv Betätigungen durchführen. Das Engagement wird deutlich, wenn z. B. ein körperlich eingeschränktes Kind mit einem Rollstuhl bei einem Sportfest dabei ist.

Grundsätzlich sollte das Gespräch in einem ruhigen, störungsfreien Raum stattfinden (Heinzel 1997), da sich Kinder, im Vergleich zu Erwachsenen, wesentlich mehr von ihrem direkten Umfeld beeinflusst werden (Delfos 2013). Kraus und Romein (2015) schlagen zudem vor, dass das Kind während dem freien Interview auch am Boden sitzen kann oder in der Hängematte liegend das Gespräch führt. Die *body orientation*, eine von Mattingly und Fleming (1994) beschriebene therapeutische Strategie impliziert eine optimale Ausrichtung des Therapeuten zu seinem Klienten. Die Gestaltung der Sitzpositionen sollte somit individuell erfolgen. Jedoch müssen die Therapeuten verschiedene Kriterien zur Gestaltung der Sitzposition an die Hand bekommen z. B. Wechsel der Sitzposition erlaubt, um das Kind durch Bewegung bei der Aufmerksamkeitsfokussierung zu unterstützen.

### Personenbezogene Hypothesen

Die Umwelt als großer Einflussfaktor bezüglich der Betätigungsausführung ist für die Therapeuten Bezugspunkt, um Hypothesen für die Gesamtbewertung zu formulieren. Diese werden häufig in Kombination mit personenbezogenen Hypothesen formuliert, die sich auf die Funktionsfähigkeit eines Kindes beziehen. Es wird deutlich, dass sich die Ergotherapeuten an transaktionale Modelle der Entwicklungstheorie (Montada et al. 2012), die sowohl dem handelnden Menschen als auch der Umwelt gestaltenden Einfluss zuschreiben, orientieren. Diese Grundidee findet sich ebenfalls in den ergotherapeutischen Inhaltsmodellen wieder (s. Kapitel 5.1). Somit beeinflusst die Umwelt die Gesprächssituation und hat Auswirkungen auf das Kind, andererseits beeinflusst die Entwicklung des Kindes den Gesprächsablauf. Hier wird der Einfluss der ökologischen Perspektive, die sich als konstruktivistisch darstellt, deutlich: „Die Person ist nicht passives Produkt ihrer Umwelt, sondern

nimmt aktiv Einfluss auf deren Veränderung, wird allerdings auch durch Umwelteinflüsse verändert“ (Fischer 1996: 54).

Die von McColl und Pollock (2005) beschriebene Schwierigkeit bei der Durchführung klientenzentrierter Assessments, mit Klienten, die nicht direkt in der Lage sind, ihre Schwierigkeiten zu artikulieren, zeigt sich auch in dieser Erhebung. Körperliche Einschränkungen des Kindes relativieren das Ausmaß der Betätigungseinschränkung aus Sicht des Therapeuten während kognitive Einschränkungen die Gesamtbewertung für den Therapeuten erschwert, da dieser unsicher ist, ob das Kind die Anweisungen verstanden hat. Es wird als positiv erlebt, wenn ein Kind sprachlich-kognitive Fertigkeiten hat, um sich differenziert verbal äußern zu können. Zudem erweisen sich kognitive Problemlösestrategien des Kindes als vorteilhaft. Affektive Anteile schlagen sich in Vermutungen der Therapeuten nieder, die sie am kindlichen Verhalten festmachen z. B. das Kind empfindet Scham bei dem Gespräch über den Toilettengang. Die emotionale Reife eines Kindes spielt hier eine Rolle. Ist das Kind in der Lage, Kongruenz in seinem verbalen und emotionalen Verhalten zu zeigen, so entsteht für den Therapeuten ein stimmiger Gesamteindruck.

Das Verhalten der Mutter hat, unterschiedliche Auswirkungen. So wird die Gesamtbewertung für den Therapeuten vereinfacht, wenn Mutter und Kind ein stimmiges Bild abgeben. Zum Teil suchen die Kinder durch Blickkontakt zur Mutter Sicherheit und Bestätigung. Verhält die Mutter sich jedoch wenig offen für das Gespräch, zeigt unangemessene emotionale Reaktionen z. B. lautes Lachen oder ist sie aufgrund ihrer sprachlichen Einschränkungen überfordert, so wird die Gesamtbewertung für den Therapeuten erschwert.

### Implikationen für das Assessment und den Therapeuten

Die kindlichen Fertigkeiten haben einen starken Einfluss auf den Gesprächsverlauf und die Bewertung des Therapeuten. Gerade kognitive Einschränkungen wirken sich hemmend auf das Gespräch aus. Viele Kinder im ergotherapeutischen Setting zeigen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsprobleme (Waltersbacher 2016). Aufgrund der Komplexität des Materials (Einstufung auf einer vierstufigen Skala; verschiedene Einstufungsmöglichkeiten durch Performanz und Wichtigkeit) und der Länge des Gespräches (15 Betätigungsfelder, Dauer ca. 30 Minuten) kann das Assessment für Kinder im (frühen) Grundschulalter eine Überforderung darstellen. Hier wäre es sinnvoll, über weitere Anpassungen für diese Kinder nachzudenken z. B. Reduzierung der Betätigungsfelder nach dem offenen Interview und diese Anpassungen strukturiert zu formulieren und im PEAP-Kurs zu lehren. Eine Anpassung der Skala, z. B. eine Reduzierung um eine Stufe, kann zur besseren Reliabilität führen, wobei sich gleichzeitig die Responsivität reduziert (Schönthaler 2016). Für Kinder aber auch für Erwachsene kann das Gespräch aufgrund eingeschränkter deutscher

Sprachkompetenz, eine Überforderung darstellen. Hier sollte über eine Übersetzung der Erhebungskarten nachgedacht werden. Da das Gespräch emotional belastend sein kann, sollten die Therapeuten während der PEAP-Kurse ausführlich in kindlicher Gesprächsführung geschult werden (s. Kapitel 6.2.3). Um von Beginn an klienten- und betätigungszentriert arbeiten zu können, ist die Anwesenheit mindestens eines Elternteils oder einer weiteren wichtigen kindlichen Bezugsperson während des Gespräches sinnvoll. Die nach Abschluss der Erhebung eingeführte „stille“ Bewertung durch das Elternteil während des Gespräches mit dem Kind (Kraus & Romein 2015), kann dazu führen, dass Eltern nicht mehr so stark in die Beobachterrolle während des Gespräches kommen und sich emotionale Reaktionen dadurch reduzieren lassen. Während des PEAP-Kurses sollten Therapeuten auf den Umgang mit schwierigen Situationen vorbereitet werden z. B. Eltern-Kind Konflikte während des Gespräches. Um eine weitere Unterstützung über die Workshops hinaus zu ermöglichen, wären Videoclips, ähnlich dem Angebot *Learn to Use the COPM* (vgl. COPM 2017) denkbar. Diese online zur Verfügung stehenden Filmausschnitte könnten Situationen aufgreifen, die häufig als schwierig wahrgenommen werden.

Zeigen sich Eltern vor oder während des Gespräches verschlossen, so sollte auch hier Alternativen beschrieben werden z. B. den Eltern die Möglichkeit gegeben werden, ein Gespräch ohne die Anwesenheit des Kindes zu führen.

### Strukturelle Hypothesen

Strukturelle Hypothesen beziehen sich überwiegend auf die von Kraus und Romein (2015) bezeichneten Säulen der objektiven Merkmale. So sind in der Erhebung Bewertungsraster und Kommentarbeispiele relevante Instrumente, die den Therapeuten in seiner Entscheidungsfindung leiten, ihm die endgültige Gesamtbewertung aber nicht abnehmen. Mit der Strukturhilfe zur Gesamtbewertung nehmen die beiden Instrumente eine wichtige Position ein, werden aber von Klientenbewertung und Bewertung des Therapeuten gestützt (Kraus & Romein 2015). Der Therapeut ist aufgrund der Strukturhilfe aufgefordert seine eigene Bewertung numerisch zu notieren. Hier können die Informationen aus dem freien Interview, dem Anamnesebogen und weiteren Beobachtungssituationen, die die Therapeuten im Rahmen der Studie erwähnen, mit einfließen. Das strukturierte Vorgehen anhand der Betätigungsfelder wird von den Therapeuten als positiv erlebt, wenn diese Bindung nicht zu eng ist, da dadurch individuell wichtige Informationen verloren gehen können. Die Qualitätsmerkmale auf den PEAP-Karten wie Motivation, Zeitdauer usw. finden in den entsprechenden Betätigungsfeldern Beachtung und unterstützen die Gesamtbewertung. Übergreifend wird von den Therapeuten das Qualitätsmerkmal der Partizipation formuliert. Als strukturelle Unterstützung gilt auch das ansprechend gestaltete Material, dass jedoch die Kinder zum Teil dazu anregen, lieber damit spielen zu wollen, als es für die vorgesehene Aufgabe zu nutzen.



### Implikationen für das Assessment und den Therapeuten

Die Durchführung des PEAP-Assessments wird zu Beginn der ergotherapeutischen Behandlung als sinnvoll erachtet (Kraus & Romein 2015). Dies stellt die Therapeuten vor eine große Herausforderung. Sie sind zu einem frühen Zeitpunkt im therapeutischen Prozess aufgefordert, ihre eigene Therapeutenbewertung auf Grundlage der Reflexion, Erfahrung und ihrem Fachwissen abzugeben. Während der Studie gaben die Therapeuten selten eine eigene Bewertung ab, da sie sich aufgrund fehlender Informationen unsicher fühlen. Der Fokus liegt überwiegend auf Bewertungsraster und Kommentarbeispiele. Die Möglichkeit, die Therapeutenbewertung erst nach der PEAP-Konferenz durchzuführen, kann Therapeuten diese herausfordernde Aufgabe erleichtern. Trotzdem sollten die Therapeuten bei dieser Aufgabe gezielt unterstützt werden. Von daher erscheint eine Durchführung des PEAP-Assessments ohne vorherige Schulung nicht sinnvoll. Die Einführung einer verpflichtenden Schulung sollte angedacht werden.

Zudem wäre es überlegenswert, die Qualitätsmerkmale auf den PEAP-Karten um Partizipation/Teilhabe zu erweitern. Wie von verschiedenen Autoren vorgeschlagen (Andresen & Hurrelmann 2007; Fuhs 2000; Mey 2005) ist bei einer Befragung von besonders jüngeren Kindern eine Verbindung von verschiedenen Methoden, wie der Integration von Alltagsgegenständen sinnvoll. Dies wird im PEAP u. a. durch das PEAP-Küken (kleine Holzfigur) und die PEAP-Eier (Keramikeier) realisiert. Durch den hohen Aufforderungscharakter verleiten gerade die Eier während der Studie, die Kinder zum Spielen, was dazu führen kann, dass die Grenze zwischen Realität und Phantasie verwischt (May 2005). Der Einsatz der Materialien sollte möglichst temporär stattfinden, d. h. die Materialien werden nur dann auf den Tisch gelegt, wenn sie benötigt werden. Dieses Vorgehen bestätigt auch Karabin (2015). Sie empfiehlt „die Tischutensilien zu strukturieren und außerhalb der Reichweite des Kindes zu platzieren“ (Karabin 2015: 71).

Zusammenfassend zeigen sich bei dem Bewertungsvorgehen durch die Rater schwierige und fördernde Aspekte, die sich auf der Ebene des Therapeuten, des Assessments und der beruflichen Ausbildung festmachen lassen. Es wird deutlich, dass die Durchführung eines umfangreichen klientenzentrierten Assessments, bei dem verschiedenen Personengruppen involviert sind, sowohl in der Durchführung als auch in der Bewertung eine Herausforderung für den Therapeuten und die Klienten darstellt. Auf diese Herausforderungen sollten die Therapeuten an verschiedenen Stellen vorbereitet werden, u. a. in der Berufsausbildung oder im PEAP-Kurs, um eine Etablierung klientenzentrierter Assessments im ergotherapeutischen Prozess zu unterstützen.

Abschließend werden die zu Beginn des Forschungsprozesses aufgeworfenen Fragestellungen beantwortet, welche die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse abrundet.



## 11.4 Diskussion Ergebnisse in Bezug auf Forschungsfragen

Die in Kapitel 8.1 aufgeworfenen Fragen werden auf Grundlage der in Kapitel 10 dargestellten Ergebnisse und der Interpretationen aus Kapitel 11.1 bis 11.3 beantwortet.

Inwieweit stimmen die Gesamtbewertungen von geschulten Ergotherapeuten bei der Einstufung der 15 Betätigungsfelder des PEAP-Assessments auf Basis der Klientenbewertung überein?

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Interrater-Reliabilität für acht Betätigungsfelder (53 %) zufriedenstellend ist, davon zeigen vier Betätigungsfelder (BF 3, 4, 12 & 13), d. h. 27 % exzellente ( $W$  zwischen .958 und .894) und vier Betätigungsfelder (BF 2, 5, 7 & 15), d. h. weitere 27 % sehr gute ( $W$  zwischen .884 und .830) Interrater-Reliabilität. Diese acht Betätigungsfelder zeigen einen Wert über  $W.70$  und liegen über der für diese Studie in Anlehnung an May et al. (2006) und Morris et al. (2006) festgelegten Wert der angemessenen Interrater-Reliabilität. Somit stimmt die Gesamtbewertung bei acht von 15 Betätigungsfeldern des PEAP-Assessments überein, was auch die Studie von Spielbichler (2015) bestätigt. Für diese Betätigungsfelder kann man davon ausgehen, dass die Betätigungsausführung unabhängig von den erhebenden Therapeuten gemessen wird.

Sieben Betätigungsfelder (47 %) übersteigen den *cut off* Wert von  $W.70$  nicht. Das Ergebnis bleibt unverändert, auch wenn der *cut off*, wie von Norman & Streiner (2003) vorgeschlagen bei  $W.75$  liegt. Bei den Betätigungsfeldern unterhalb des *cut off* zeigen 3 Felder (BF 1, 10 & 14), das sind 20 % (eine nicht akzeptable Übereinstimmung) und 4 Felder (BF 6, 8, 9 & 11), d. h. bei 27 % liegt eine inadäquate Übereinstimmung vor. Somit stimmt die Gesamtbewertung bei sieben von 15 Betätigungsfeldern des PEAP-Assessments nicht überein. In der Studie von Spielbichler (2015) übersteigen bis auf drei Betätigungsfelder (BF 1, 6 & 8) alle weiteren den *cut off* von  $W.70$ . Die Rater dieser Studie setzten bei der Gesamtbewertung grundsätzlich die Strukturhilfe ein und erhielten innerhalb einer kurzen Zeitspanne nach Absolvierung des PEAP-Workshops eine intensivere Schulung. Für die Betätigungsfelder BF 9, 10, 11 & 14 lässt sich somit vermuten, dass bei einheitlichem Einsatz der Strukturhilfe die Betätigungsausführung unabhängig von den erhebenden Therapeuten gemessen wird. Für die Betätigungsfelder 1, 6 & 8 liegt in beiden Studien keine ausreichende Bewertungsübereinstimmung vor, sodass hier die Interrater-Reliabilität nicht gewährleistet ist und eine vom Therapeuten unabhängige Erhebung für diese 3 Felder nicht vorliegt.

Um zu verstehen, welche Aspekte zu einer hohen bzw. geringen Übereinstimmung beitragen wird die folgende Frage beantwortet:

Wie gestaltet sich das Bewertungsverhalten der Therapeuten bei Betätigungsfeldern mit hoher bzw. niedriger Übereinstimmung in der Gesamtbewertung?

Bei der Gesamtbewertung der Betätigungsfelder mit exzellenter (BF 3, 4, 12 & 13) und inadäquater (BF 6, 8, 9, 11) Übereinstimmung wird deutlich, dass das Bewertungsverhalten von unterschiedlichen Merkmalen beeinflusst wird, die Rückschlüsse auf die unterschiedliche Interrater-Reliabilität zulassen. Diese werden in der folgenden Tabelle gegenübergestellt.

**Tabelle 90: Gegenüberstellung Merkmale Betätigungsfelder hohe & niedrige Konkordanz**

<b>Betätigungsfelder mit hoher Konkordanz</b>	<b>Betätigungsfelder mit niedriger Konkordanz</b>
Insgesamt homogenes Bewertungsbild der Klientengruppe	Insgesamt heterogenes Bewertungsbild der Klientengruppe
Verstärkte Übereinstimmung oder Tendenz bei der Bewertung zwischen Mutter & Kind	Häufigere Differenz zwischen der Bewertung Mutter & Kind
Abweichungen der Lehrerbewertung erklärt sich durch das Setting	Abweichungen der Mutter nicht nachvollziehbar
Betätigungsfelder sind für Rater überwiegend nicht schulrelevant → vereinfachte Gesamtbewertungssituation, da Urteil überwiegend auf 2 Bewertungen (Mutter & Kind) fußt.	Betätigungsfelder sind für Rater schulrelevant → zu wenig Information von Seiten der Lehrer, da kein persönliches Gespräch
PEAP-Material findet weniger Einsatz → unterstützt Therapeuten bei der Gesamtbewertung	PEAP-Materialien finden mehr Einsatz; z. T. kommen Rater zu Ergebnissen, die mit ihrer eigenen Wahrnehmung nicht übereinstimmen → komplexe Situation muss auf einen Zahlenwert reduziert werden
	Wahrnehmung der Rater stimmt nicht mit Bewertung Klientengruppe überein → Mittelwert in Anlehnung an Strukturhilfe oder eigene Interpretation
	Funktionale kindliche Einschränkungen werden unterschiedlich interpretiert
	Kindliches Verhalten und die Gesprächssituation werden als herausfordernder erlebt
	Hinweise auf eingeschränkte Durchführungsobjektivität

Die ersten Punkte machen deutlich, je komplexer die Bewertungssituation (heterogenes Bewertungsbild, Differenzen zwischen Mutter & Kind, zu wenig Information von Seiten des Lehrers), desto schwerer fällt es den Therapeuten, eine einheitliche Gesamtbewertung zu finden. Die PEAP-Materialien helfen den Therapeuten bei eindeutigen Bewertungssituationen. Bei komplexen

Bewertungssituationen werden die Materialien zwar häufiger eingesetzt, die Ergebnisse stimmen jedoch zum Teil nicht mit der Einschätzung der Therapeuten überein. Zudem gestaltet es sich für die Therapeuten als schwierig, die komplexen Bewertungssituationen auf einen Zahlenwert zu reduzieren. Die Therapeuten legen dann entweder mit der Strukturhilfe einen Mittelwert fest oder sie bewerten aufgrund der eigenen Interpretation. Die Auswirkungen funktioneller Einschränkungen wie z. B. die reduzierte Stifthaltung werden von den Therapeuten unterschiedlich interpretiert. Manche Therapeuten sehen darin eine Schwierigkeit mit Auswirkungen auf Betätigungsausführung und Teilhabe, andere Therapeuten sehen diese Einschränkung jedoch als unproblematisch. Bei beiden Gruppen von Betätigungsfeldern werden fördernde wie hemmende Aspekte genannt. Jedoch überwiegen bei den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz die hemmenden Aspekte deutlich. So erscheint den Therapeuten das kindliche Verhalten wie z. B. die Konzentration, Aufgabenverständnis und die allgemeine Gesprächssituation wie z. B. das Verhalten der Mutter als herausfordernder. Trotz Besuch eines PEAP-Workshops und einer forschungsinternen Vorbereitung sind bei der Durchführung kleinere Unregelmäßigkeiten zu erkennen, die von den bewertenden Therapeuten unterschiedlich interpretiert werden und deshalb die Gesamtbewertung beeinflussen.

Abschließend wird die folgende Frage, die Einblick in das Bewertungsverhalten der Therapeuten liefert, beantwortet.

Was leitet Ergotherapeuten während der Erfassungsphase des PEAP in ihrer Einschätzung bezüglich der Betätigungsausführung der befragten Klienten?

Diese Frage wird anhand dreier spezifischer Fragestellungen beantwortet. Die erste Frage geht auf die Vorgehensweise bei der Entscheidungsfindung ein und zeigt auf, welche Aspekte von den Therapeuten beachtet werden. Die Fragen 2 und 3 beziehen sich auf fördernde und hemmende Aspekte, die die Gesamtbewertung aus Sicht der Therapeuten erleichtern bzw. erschweren und somit ebenfalls Einfluss auf die Bewertung nehmen.

(SF 1) Wie beschreiben Ergotherapeuten ihre Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung der jeweiligen Betätigungsfelder während der Erfassungsphase des PEAP?

Trotz unterschiedlicher Vorgehensweisen bei der Gesamtbewertung, die sich aus der eigenen Erfahrung im Umgang mit dem PEAP-Assessment sowie der Berufserfahrung ableiten lassen, zeigen sich fünf Hauptaspekte, die alle Teilnehmer einsetzten. Die Unterschiedlichkeit wird deutlich, da je mehr Erfahrung die Teilnehmer im Umgang mit dem PEAP haben, desto sicherer wenden sie ein eigenes strukturiertes Vorgehen an. Dies schließt die Instrumente des PEAP wie das Bewertungsraster mit ein, fokussiert sich aber nicht ausschließlich darauf. Bei Teilnehmern für die in der Durchführung des PEAP noch eine neue Erfahrung darstellt zeigt sich eine Orientierung an den

vom PEAP vorgegeben Strukturen (Bewertungsraster, Kommentarbeispiele). Zudem nutzen die Teilnehmer mit viel Berufserfahrung die verschiedenen Formen des *professional reasoning* zur Entscheidungsfindung.

Die fünf Hauptaspekte, die von allen Therapeuten während der Gesamtbewertung eingesetzt werden, sind der *therapeutic use of self*, die unterschiedlichen Facetten der Klientenzentrierung, die beiden Denkrichtungen *top-down* und *bottom-up*, die verschiedenen Formen des *professional reasoning* sowie die Formulierung von umweltbezogenen, personenbezogenen und/oder strukturellen Hypothesen. Die ersten vier Aspekte der therapeutischen Entscheidungsfindung stellen die Grundlage der Hypothesenbildung dar. Die Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung lässt sich somit in zwei Schritten beschreiben. Im ersten Schritt sammeln und interpretieren die Therapeuten die Informationen mit Hilfe verschiedener Konstrukte z. B. dem *therapeutic use of self*. Im zweiten Schritt fließen diese Informationen ein und unterstützen die Hypothesenbildung aus der sich die Gesamtbewertung des Therapeuten generiert. Die Hypothesen haben verschiedene Schwerpunkte. Sie beziehen sich auf die Umwelt, auf die Person oder auf strukturelle Bedingungen. Bei der Entscheidungsfindung bedienen sich die Therapeuten in der Regel nicht nur einer, sondern mehrerer Hypothesen.

(SF 2) Welche Aspekte bei der standardisierten Befragung beschreiben Ergotherapeuten, die ihnen für die Bewertung hilfreich sind?

Die unterstützenden Aspekte lassen sich in drei Gruppen unterteilen. Zuerst hat die Durchführung des PEAP-Assessments durch den **Therapeuten** Einfluss auf die Gesamtbewertung. Die Gesamtbewertung fällt den bewertenden Therapeuten leichter, wenn die Gesprächsführung klientenzentriert ist. Deutlich wird dies wenn der Therapeut nachfragt, vertiefende Fragen sowie offene Fragen stellt, das Gespräch für das Kind spannend gestaltet sowie dem Klienten Zeit lässt, abwartet, Dinge erneut erklärt und Informationen aus dem offenen Interview aufgreift. Ein zusammenfassen der Gesprächsinhalte von Seiten der Therapeuten zur Strukturierung und Erklärung der Informationen ist von Vorteil. Das strukturierte Vorgehen anhand der Betätigungsfelder wird als förderlich erlebt, jedoch nur dann, wenn sich der Therapeut nicht zu eng an den vorgegebenen Strukturen orientiert da dadurch individuell wichtige Aspekte verloren gehen können.

Als positiv von Seiten des **Kindes** werden sprachlich-kognitive Anteile beschrieben, z. B. Ausdrucksfähigkeit sowie die emotionale Reife und die emotional-kognitive Anteile, um das eigene Handeln kritisch reflektieren zu können,. Die Mitarbeit gestaltet sich als einfacher, wenn das Kind in der Lage ist, sich über den Zeitraum des Gespräches zu konzentrieren, aufmerksam zuzuhören, motiviert ist und bei Unklarheiten nachfragt. Dies sind Fertigkeiten, die bei altersgerechter

Entwicklung von Kindern zwischen 5;0 und 6;11 Jahren nur in Teilbereichen erfüllt werden, was einer Anpassung des Instrumentes, gerade für Kinder im sechsten Lebensjahr, bedarf.

Die **Umwelteinflüsse** werden von den Ratern insgesamt als nicht so bedeutsam eingestuft, es gibt deutlich weniger Nennungen zu diesem Bereich als zu den Einflüssen von Seiten des Therapeuten oder der Kinder. Als unterstützend wird eine gute Gesprächsatmosphäre beschrieben, die durch den Blickkontakt zwischen Mutter und Kind und die kooperative und offene Haltung durch die Mutter expliziert wird.

(SF 3) Welche Aspekte bei der standardisierten Befragung beschreiben Ergotherapeuten, die ihnen für die Bewertung hinderlich sind?

Die hemmenden Aspekte lassen sich ebenfalls in drei Gruppen unterteilen. Die Gesamtbewertung wird als schwieriger empfunden, wenn es dem durchführenden **Therapeuten** nicht gelingt, eine klientenzentrierte Gesprächsführung aufrecht zu halten. Dies lässt sich daran festmachen, dass die Fragen überwiegend geschlossen sind und der Therapeut bei Unklarheiten nicht nachfragt. Dadurch Fehlen den Ratern Informationen zur Konkretisierung und eine Unsicherheit bezüglich des Aufgabenverständnisses von Seiten des Klienten bleibt bestehen. Als schwierig erweist es sich zudem, wenn der Therapeut die PEAP-Materialien nicht wie im Handbuch beschrieben einsetzen.

Von Seiten des **Kindes** führen eingeschränkte sprachlich-kognitive Anteile wie ein reduziertes Sprach- und Aufgabenverständnis zu einer erschwerten Durchführung des Assessments. Kinder können sich durch das Gespräch auch emotional belastet fühlen was sie mit Verlegenheit oder albernem zeigen. Gerade zum Ende des PEAP wird eine Reduzierung der Konzentration und Aufmerksamkeit von den Ratern beschrieben. Hier zeigen die Kinder eine größere Unruhe und Ablenkbarkeit.

Bezüglich der **Umwelteinflüsse**, die auch hier als nicht so bedeutsam wahrgenommen werden, nimmt das Assessment (Material, Durchführung) Einfluss auf die Bewertung. So kann die Länge des Assessments dazu führen, dass das Kind am Ende erwünschte Antworten gibt oder der Therapeut die Antworten nicht mehr hinterfragt. Das ansprechend gestaltete Material kann dazu führen, dass das Kind lieber damit spielen möchte z. B. mit den Eiern. Auch die vierstufige Skala kann eine Überforderung für das Kind darstellen. Zudem wird das Material als komplex empfunden, was eine gute Einarbeitung der Therapeuten bedarf. Räumlich ist es von Nachteil, wenn das Gespräch durch hereinkommende Personen oder ein lautes Umfeld unterbrochen wird. Als herausfordernd wird die Anwesenheit der Mutter empfunden. Diese hat Einfluss auf den Gesprächsverlauf. Die Sitzposition der Mutter (im Rücken des Kindes) wird als unpassend wahrgenommen. Zudem gestaltet die Mutter ihr Gespräch mit dem Therapeuten, indem sie sich schnell und abweisend bezüglich der Fragen zeigt.

Die aufgeworfenen Fragestellungen konnten mit dem gewählten Studiendesign beantwortet werden. Trotzdem wird das methodische Vorgehen einem kritischen Blick unterworfen, um Grenzen und Stärken der Studie zu beleuchten. Diesem Aspekt wird im folgenden Kapitel, der methodischen Diskussion, Rechnung getragen.

## 11.5 Methodische Diskussion

### 11.5.1 Mixed-methods-Studie

Trotz des jahrzehntelangen Methodenstreits zwischen qualitativen und quantitativen Vertretern (vgl. Kelle 2001), lassen sich eine Vielzahl an Autoren (Bryman 2006; Creswell 2014; Creswell & Plano Clark 2011; Fielding & Fielding 1986; Flick 2012; Kelle & Erzberger 2000; Kroll & Neri 2009) ausmachen, die die Triangulation beider Forschungsrichtungen seit einiger Zeit thematisieren und diskutieren.

In den Anfängen stehen die von Denzin (1977) beschriebenen verschiedenen Triangulationsmöglichkeiten, eine davon die methodische Triangulation. Die Kombination verschiedener Forschungsmethoden, von Denzing (1977) als *across-methods-triangulation* bezeichnet, sollte dazu beitragen, den Grad der Validität eines Forschungsvorgehens zu steigern „complex process of playing each method off against the other so as to maximize the validity of field efforts“ (Denzin 1977, S. 310). Diese Idee wird kritisiert, da die verschiedenen Methoden nicht nur additiv und eklektisch zusammengefügt werden dürfen, sondern in einen sinnvoll aufeinander bezogenen Zusammenhang gebracht werden müssen (Prein et al. 1993). Zudem muss in Frage gestellt werden, „inwieweit unterschiedliche Daten denselben Gegenstand abbilden oder inwieweit die abgebildeten Gegenstände sich überlappen, sich ergänzen oder miteinander interagieren [...]“ (ebd.: 17), da sich qualitative und quantitative Forschung auf unterschiedliche Gegenstandsbereiche beziehen. Fielding und Fielding (1986: 33) stellen fest, dass durch die methodische Triangulation die „Tiefe“ und „Weite“ der gewonnenen Ergebnisse erhöht werden könne, nicht aber die Validität. Die Komplementarität von qualitativen und quantitativen Methoden ist von vielen Autoren bekräftigt worden (vgl. Prein et al. 1993) und wird auch für die Rehabilitationswissenschaften als sinnvoll erachtet (Waldmann 2000). Die Ergebnisse zeigen, dass die *between-method triangulation* (Flick 2012) bei der durchgeführten Erhebung sinnvoll ist. Ein Teil der quantitativen Ergebnisse aus der Interrater-Reliabilitätsstudie konvergieren (*converge*; Kelle 2001) mit den Ergebnissen der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014). So wird deutlich, dass Betätigungsfelder mit hoher Konkordanz eine numerisch und subjektiv wahrgenommene größere Übereinstimmung der Klientengruppe aufweist, während bei Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz eine geringere numerische und subjektive Übereinstimmung vorliegt. Einschränkend ist hier zu erwähnen, dass nur die Betätigungsfelder mit hoher und niedriger Konkordanz auf die Merkmale untersucht werden. Die weiteren Betätigungsfelder sind von diesem Forschungsteil,

aufgrund der großen Datenmenge, ausgeschlossen. Es lässt sich somit nicht ausschließen, dass die anderen Betätigungsfelder unabhängig ihrer Übereinstimmungskonkordanz die gleichen Merkmale aufweisen. Der größere Nutzen der Triangulation entsteht in dieser Forschung durch die ergänzende Funktion (*complementary*; Kelle 2001), qualitativer und quantitativer Daten. Die für die Betätigungsfelder mit hoher bzw. niedriger Konkordanz herausgearbeiteten Merkmale geben Hinweise, warum die Interrater-Reliabilität in den jeweiligen Betätigungsfeldern besonders hoch bzw. niedrig ist, und tragen somit zu einem Verständnis bei, aus dem Empfehlungen abgeleitet werden.

### 11.5.2 Gütekriterien

Im Hinblick auf die externe Validität werden von Bortz und Döring (2006) und Creswell (2014) herausfordernde Situationen beschrieben und in Bezug auf die durchgeführte Studie gebracht.

Der Stichprobenfehler, der sich auf eine Generalisierung von Ergebnissen auf ein ganzes Feld bezieht, verweist darauf, wie wichtig es ist, im Forschungsprozess offenzulegen, für welche Gruppe Menschen die Ergebnisse sprechen. Bei der Interrater-Reliabilitätsstudie lassen sich die Ergebnisse z. B. nicht auf die Durchführung von Kindern mit deutlichen Kommunikationseinschränkungen übertragen. Zudem fokussiert sich die Forschung auf eine festgelegte Altersgruppe.

Die „Hawthorne-Effekte“, das unbewusste Verändern von Verhalten aufgrund der Teilnahme an einer Erhebung, lassen sich durch das Forschungsdesign nicht ausschließen, besonders da die Teilnehmer wussten, dass es sich um eine Interrater-Reliabilitätsstudie handelt. Da insgesamt drei PEAP-Assessments von deutlicher Länge bewertet werden müssen, lässt sich zumindest bei den Ratern vermuten, dass sich dieser Effekt nach einer gewissen Zeit reduziert. Für die Teilnehmer der Videos stellt das Arbeiten vor einem Aufnahmegerät sowohl für Klienten als auch Therapeuten eine Ausnahmesituation dar, die das Verhalten beeinflussen kann.

Abschließend ist die nicht untersuchte Konstruktvalidität des PEAP kritisch zu betrachten. Es bleibt offen, ob das PEAP-Assessment das Konstrukt der Betätigung misst. Jedoch hängt die Validität eines Untersuchungsinstrumentes auch vom zeitlichen und kulturellen Kontext ab in dem es entwickelt und eingesetzt wird. Das PEAP entspricht den momentan vorherrschenden Annahmen und Überzeugungen der Ergotherapie und wurde durch eine Expertengruppe in verschiedenen systematischen Schritten konzipiert. Zudem orientiert es sich im Aufbau am Ergotherapeutischen Assessment (EA), das bereits u. a. den Nachweis der *concurrent validity* erbracht hat (Schochat, Voigt-Radloff, Heiss 2002: 348).

Die Perspektiventriangulation, die zu einer Erweiterung und Bereicherung der Analyse führt (Yardley 2008) wird in Ansätzen bei der Auswertung nach IPA sowie zur Verbesserung der Interrater-Reliabilität zu Auswertungsbeginn bei der Erstellung des Kategoriensystems, durchgeführt. Der überwiegende Teil der Daten wird von der Forscherin allein ausgewertet, wodurch eine ergänzende Perspektive, die weitere Aspekte miteinbringt, nicht aufgenommen wird. Unterstützung erhält die Forscherin von einem Statistiker bei der Auswertung der quantitativen Daten. Zudem wird das Forschungsvorhaben im Austausch mit verschiedenen Kollegen diskutiert und weiterentwickelt.

Bei den Transkripten wird mit dem Vier-Augen-Prinzip gearbeitet (Dresing & Pohl 2013). Jedes Transkript wird von einer Person erstellt und von einer weiteren gegengelesen, um inhaltliche Fehler möglichst zu reduzieren.

### **11.5.3 Datenerhebung und Auswertung**

Um während der Datenerhebung die reale Bewertungssituation möglichst getreu zu erfassen, werden die Daten mit einer Videokamera ohne weitere Personenbeteiligung aufgenommen. Dieses Vorgehen wird von Pierce (2005) für die Überprüfung von Reliabilität und Validität empfohlen. Trotzdem kann die Kamera ein ablenkendes Element für Klienten und Therapeuten darstellen (Bailliard 2015). Hier geben Heath, Hindmarsh und Luff (2010) jedoch zu bedenken, dass es unwahrscheinlich ist, dass sich Teilnehmer während einer längeren Videoaufnahme dauerhaft von der Kamera ablenken lassen. Die Videoaufnahmen ermöglichen den Ratern zudem, die PEAP-Assessments mehrfach anzusehen und erst dann ihre Bewertung abzugeben. Die Rater werden im Vorfeld dazu aufgefordert, die Bewertung direkt nach dem ersten Durchlauf abzugeben und anschließend nicht mehr zu ändern. Da die Rater die Bewertung in ihrem beruflichen Umfeld ohne Kontrolle durch eine dritte Person durchführen, kann nicht gewährleistet werden, dass die Rater sich an diese Aufforderung gehalten haben. Als nachteilig wird von den Teilnehmern der Studie erwähnt, dass sie aufgrund der Videoaufzeichnung an relevanten Stellen während des Gespräches nicht selbst nachfragen konnten.

Kinder gelten in der Forschung als vulnerable Gruppe (Patry 2002; Schnell & Heinritz 2006). Aufgrund dessen orientiert sich die Studie an den in Kapitel 8.7 beschriebenen forschungsethischen Aspekten. Da jedoch „gesundheitsrelevante Daten von Menschen direkt oder indirekt im Rahmen des Forschungsprojekts erhoben werden, ist eine Vorlage bei der Ethikkommission notwendig“ (Stamm, Karner, Möseneder, Ritschl et al. 2016: 40). Zudem wird in der Studie mit Daten aus einer vulnerablen Gruppe gearbeitet, weshalb Baillard (2015) eine Prüfung des Forschungsvorhabens empfiehlt, was bei dieser Studie aufgrund formaler Schwierigkeiten nicht erfolgt ist.



Die Interrater-Reliabilität sind anhand des Kendalls Konkordanzkoeffizient (KCC) errechnet, obwohl die geläufigste Methode zur Berechnung der Interrater-Reliabilität der ICC sowie der Kappa darstellen (Hallgren 2012). Hingegen hat der KCC einige Vorteile zu den beiden anderen statistischen Auswertungsmethoden, die für die vorliegende Studie von Bedeutung sind (s. Kapitel 9.2.1). Es gibt für alle drei Auswertungsmöglichkeiten keine eindeutige Aussage darüber, wieviel Reliabilität „gut genug“ ist (Norman & Streiner 2003). Jedoch werden für den Kappa und den ICC in der Literatur (Fleiss 1987; May et al. 2006; Schlote et al. 2004; Norman & Streiner 2003) Interpretationswerte und Angaben für einen möglichen *cut off* diskutiert. Da diese Angaben für den Kendalls *W* nicht vorliegen, orientieren sich die Ergebnisse bei der Auswertung und Interpretation der Bewertungsübereinstimmung an den Angaben für den Kappa und den ICC, was die Vergleichbarkeit der Studienergebnisse mit anderen Studien erschwert.

Aufgrund einer möglichst klein zu haltenden Beeinflussung der Rater durch den PEAP-Assessment durchführenden Therapeuten wurde die PEAP-Konferenz, nach der die Therapeuten im PEAP-Assessment die Gesamtbewertung durchführen, ausgeklammert. Diese wichtige Informationsquelle kann zur Klärung unterschiedlicher Positionen beitragen und dem Therapeuten mehr Informationen und die Gesamtbewertung vereinfachen. Somit fand die Gesamtbewertung im Rahmen der Studie unter erschwerten Bedingungen statt.

#### 11.5.4 Stichprobe

Die Repräsentativität der Stichprobe muss aufgrund der folgenden Aspekte als eingeschränkt betrachtet werden. Die Untersuchungsgruppe der teilnehmenden Therapeuten und der teilnehmenden Kinder/Mütter kann dadurch verzerrt werden, da nur die Personen partizipieren, die bereit sind, die entsprechende Zeit zu investieren. Das Forschungsvorhaben ist für die Teilnehmer, und hier besonders für die teilnehmenden Rater, zeitaufwendig. Es müssen drei PEAP-Assessments bewertet und zeitgleich die Bewertung verbal begründet und abschließend drei Fragebögen ausgefüllt werden. Die Therapeuten, die für die Videoaufnahmen verantwortlich sind, müssen selbständig die Familien ansprechen, die für das Gespräch in Frage kommen und die Durchführung des PEAP auf Video aufnehmen. Dies stellt neben der zeitlichen auch eine emotionale Belastung dar. Die Therapeuten wissen im Vorfeld, dass ihre Videoaufnahmen von Kollegen gesehen werden. Zudem müssen die Therapeuten bereits im Vorfeld bereit gewesen sein, in einen Wochenendworkshop für ein bis dahin unbekanntes bzw. neues Assessment zeitliche und finanzielle Ressourcen zu investieren. Aufgrund dieser herausfordernden und zeitintensiven Erhebungssituation wie auch der Stichprobenziehung aus der kleinen Gruppe der PEAP-geschulten Therapeuten kann vermutet werden, dass sich besonders motivierte und an der Weiterentwicklung des Berufes interessierte Therapeuten zur Teilnahme bereiterklären. Somit kann die beschriebene einfache

Zufallsstichprobe, aus der die Untersuchungsgruppe Therapeut generiert wurde, durch die Teilnahmebereitschaft der Therapeuten beeinflusst sein.

Die theoretische Stichprobe (Bortz & Schuster 2010) der Kinder wird von den Therapeuten unter Berücksichtigung der Einschlusskriterien, gezogen. Die Forscherin hat somit keinen Einfluss auf die Probandenwahl. Hier könnte eine Verzerrung vorliegen, da die Therapeuten in Anbetracht der Tatsache, dass ihre Interaktion mit dem Kind auf Video aufgezeichnet wird, besonders kooperative und kompetente Kinder für die Durchführung des PEAP auswählen. Die teilnehmenden Kinder befinden sich alle in einem ähnlichen kalendarischen Alter (6;7–6;11 Jahre) und decken damit das Alter im oberen Bereich der möglichen Altersspanne (5;0 – 6;11 Jahre) ab. Die Ergebnisse ermöglichen somit keinen Rückschluss auf Kinder zwischen 5;0 und 6;6 Jahren. Es bleibt zu vermuten, dass jüngere Kinder aufgrund ihrer sprachlichen und kognitiven Entwicklung deutlichere Schwierigkeiten bei der Umsetzung des PEAP-Assessments zeigen, was unter Umständen die Reliabilität des Instrumentes beeinflusst. Die teilnehmenden Eltern sind ausschließlich Mütter, die väterliche Perspektive wird in dieser Studie nicht miteinbezogen.

Die Teilnehmerakquise gestaltete sich trotz Unterstützung des PEAP-Teams als schwierig. Der Kontakt zu möglichen Teilnehmern wurde per E-Mail hergestellt. Dies ist eine effektive, da kostenreduzierte und schnelle Möglichkeit, mit möglichst vielen Teilnehmern in Kontakt zu treten. Jedoch führen die Anonymität und die Unverbindlichkeit einer E-Mail dazu, dass sich viele mögliche Probanden nicht zurückmelden. Zudem stellt die Disziplin der Ergotherapie in Deutschland kein flächendeckendes grundständiges Studienfach dar. Eine Bereitschaft und das Wissen über die Notwendigkeit und Relevanz, Forschungsprojekte innerhalb der Disziplin zu unterstützen, ist noch wenig ausgeprägt. Des Weiteren wurden Grundkenntnisse im Umgang mit technischen Medien vorausgesetzt. Die Teilnehmer müssen entweder eine Videokamera haben und diese bedienen können oder es muss eine Möglichkeit der Tonbandaufnahme gewährleistet sein. Die Daten müssen unter Berücksichtigung des Datenschutzes gespeichert und an die Forscherin geschickt werden. Trotz Unterstützung von Seiten der Forscherin kam es bei einigen Teilnehmern zu technischen Problemen, sodass nur ein Teil der *verbal protocols* vorlag oder die Aufnahmequalität beeinträchtigt war, was die Transkription erschwerte. Aufgrund der langen Zeitspanne zwischen Rekrutierung der Teilnehmer und Durchführung der Schulung, kam es vor Durchführung der Studie zu einem hohen Teilnehmerabbruch von Seiten der Rater, was notwendige Nachschulungen z. B. im Umgang mit der *Think Aloud* Methode nach sich zog. Die für die Überprüfung der Interrater-Reliabilität notwendige Heterogenität und für die Auswertung nach IPA vorteilhafte Homogenität der Untersuchungsgruppe bleibt davon unberührt. Jedoch verkleinerte sich die gesamte Untersuchungsgruppe von 13 Ratern auf zehn und von vier Videoteilnehmern auf drei. Die Stichprobengröße in Bezug auf die

Untersuchungsgruppe der Therapeuten ist aus quantitativer Perspektive klein. Zum Zeitpunkt der Erhebung haben im deutschsprachigen Raum 152 Ergotherapeuten eine PEAP-Schulung absolviert, die Grundlage für eine Interrater-Reliabilitätsstudie darstellt. Die Untersuchungsgruppe deckt 9 % der Gesamtpopulation ab. Eine größere Untersuchungsgruppe würde die Repräsentativität der quantitativen Daten verbessern. Ähnliche Interrater-Reliabilitätsstudien (Ivey, Lane, May-Benson 2014; Schaber, Stallings, Brogan, Ali 2016) setzen weniger Therapeuten, dafür mehr zu bewertende Fälle ein. Dies lässt sich mit dem PEAP, aufgrund der Länge des Assessments schwer realisieren, da dadurch die zeitliche Belastung für die teilnehmenden Rater steigt und die Teilnahmebereitschaft womöglich sinkt.

Aufgrund der Aktualität des Assessments, das während der Studie weiterentwickelt und 2015 veröffentlicht wurde, gab es fortlaufend Veränderungen, sodass die Probanden aus dem Jahr 2011 und 2013 (n=7) in ihrem Workshop und in der Praxis eine veraltete Version des Instrumentes kennengelernt hatten und dieses nutzen. Durch die Home-Schulung, bei der die Therapeuten aktuelles Material und exemplarische Videoaufnahmen zur Verfügung gestellt bekamen und anschließend in einer Skype-Konferenz mit einer Person aus der PEAP-Gruppe Fragen erläutert werden konnten, sollte ein einheitlicher Wissensstand der Probanden gewährleistet sein. Eine persönliche Schulung z. B. in Form eines gemeinsamen Gruppentreffens wäre vorteilhaft, da hierdurch Fragen gezielter und profunder besprochen werden können. Dies war aus organisatorischem Grund (Teilnehmer aus dem ganzen Bundesgebiet) nicht möglich, wodurch jedoch die Anonymität der Teilnehmer untereinander gewährleistet blieb.

### PEAP-Material

Zum Zeitpunkt der Erhebung (2014) lagen keine standardisierten PEAP-Materialien vor. So verwendete eine Therapeutin Murmeln, die nächste setzte Edelsteine, die dritte Muggelsteine ein. Der PEAP-Teich wurde aufgrund der visuellen Einschränkungen eines Kindes von Seiten der Therapeutin farblich modifiziert. Diese materiellen Unterschiede können Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der PEAP-Assessments haben.

Kurz vor der Durchführung der Studie wurde die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung (Kraus & Romein 2015) eingeführt. Die kurzfristig nachrekrutierten Teilnehmer (n=3) lernten die Strukturhilfe in ihrem PEAP-Workshop kennen und setzten das Instrument bei der Studie ein. Die anderen Teilnehmer konnten aufgrund der zeitlichen Begrenzung nicht mehr nachgeschult werden, sodass die Rater kein vollständig einheitliches Vorgehen bei der Gesamtbewertung zeigten. Dies hat, wie der Vergleich mit den Ergebnissen der Studie von Spielbichler (2015) zeigt, Auswirkungen auf die Interrater-Reliabilität.

Trotz der beschriebenen Einschränkungen der Studie ist das Studiendesign zielführend für die Beantwortung der aufgeworfenen Fragestellungen. Die Unterfütterung der quantitativen Daten mit Erkenntnissen aus der qualitativen Erhebung führt dazu, dass ein größerer Erkenntnisgewinn aus den Daten hervorgeht. Das Gesamtfazit fasst komprimiert die relevantesten Aspekte der gesamten Forschungsarbeit zusammen, bevor im abschließenden Kapitel die Erkenntnisse aus der Erhebung aufgegriffen und in anpassende Empfehlungen auf verschiedenen Ebenen zusammengefasst werden.

## 11.6 Gesamtfazit

Die Disziplin der Ergotherapie unterliegt in Deutschland einem Paradigmenwechsel, vom funktionsorientierten, mechanistischen hin zu einem holistischen Denken auf Grundlage der ergotherapeutischen Inhaltsmodelle (Winkelmann 2009). Um diesen Prozess zu unterstützen, benötigt die deutsche Ergotherapie valide, reliable und objektive Erhebungsinstrumente, um die Veränderung durch therapeutische Interventionen auf Ebene der Betätigung und/oder Partizipation kenntlich zu machen. Das Ziel dieser Arbeit ist die Überprüfung der Interrater-Reliabilität eines klientenzentrierten, ergotherapeutischen Assessments für Kinder im Vor- und Grundschulalter (das Pädiatrisch-Ergotherapeutische Assessment und Prozessinstrument - PEAP) sowie ein Erkenntnisgewinn über die therapeutische Entscheidungsfindung bei der Gesamtbewertung mit anschließenden Empfehlungen für mögliche Anpassungen des Instruments. Die Arbeit trägt auf diese Weise zu einer Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im therapeutischen Arbeitsfeld mit Kindern dieser Altersgruppe und somit zur Qualitätssicherung der ergotherapeutischen Intervention bei.

Die herausfordernde gesundheitliche Situation von Kindern im mittleren Kindesalter, einhergehend mit dem Wandel von körperlichen zu somatischen und akuten zu chronischen Erkrankungen wie etwa psychischen Auffälligkeiten (Bollig & Ott 2008; Melzer 2004) sowie das Interesse der Leistungserbringer selbst, bestmögliche Behandlung für ihre Klienten zu erbringen (Knab & Klein 2006), führen zu einer Auseinandersetzung mit den Grundannahmen der ergotherapeutischen Disziplin. Hier lassen sich eine Rückbesinnung zu den Wurzeln der Ergotherapie wie der Betätigungsorientierung (Kraus & Romein 2015) sowie die Einfluss neuer Erkenntnisse im Hinblick auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität und die Klientenzentrierung feststellen. Das in diesem Zuge entwickelte ergotherapeutische Assessment (PEAP) soll dazu beitragen, die betätigungsbasierte und klientenzentrierte Ergotherapie mit Kindern in Deutschland zu verankern, die Wirksamkeit therapeutischer Interventionen zu erfassen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf Grundlage der ICF zu unterstützen (ebd.). Aus diesem Grunde erfolgte im Rahmen der Erhebung die Validierung des Instrumentes in Bezug auf die Interrater-Reliabilität.

Der Studie liegt ein *mixed-method-Design* (Creswell 2014; Creswell & Plano Clark 2011; Kroll & Neri 2009) zugrunde. Für die quantitative Überprüfung der Interrater-Reliabilität wird das *full-crossing-Design* (Hallgren 2012) herangezogen, bei dem drei Rater zehn PEAP-Assessments vollständig bewerten. Die Datenauswertung erfolgt mit dem Kendall-Konkordanzkoeffizienten (KCC) (Gwet 2012; Feger 1983). Qualitativ werden die Daten zur Beschreibung der Ergotherapeuten bei der Entscheidungsfindung mit der *Think Aloud* Methode (Ericsson & Simon 1984; Konrad 2010; Krahmer & Ummelen 2004) und einem semistrukturierten Fragebogen gewonnen sowie mit der interpretativen phänomenologischen Analyse (IPA) (Smith 1996; 2011; Smith, Flowers, Larkin 2009) und der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2002) ausgewertet. Die Auswertung mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (Kuckartz 2014; Schreier 2012) dient dem Offenlegen von Merkmalen bei Betätigungsfeldern mit hoher und niedriger Konkordanz. Die quantitativen und qualitativen Daten werden entsprechend dem gewählten *convergent parallel design* (Creswell & Plano Clark 2011) bei der Interpretation zusammengebracht und gemeinsam diskutiert.

Die Ergebnisse sind für die weitere Entwicklung und Implementierung des Instrumentes von Bedeutung. Vier Betätigungsfelder weisen eine exzellente und vier Betätigungsfelder eine gute Interrater-Reliabilität auf, die weiteren sieben Betätigungsfelder zeigen eine nicht akzeptable Übereinstimmung bezüglich der Interrater-Reliabilität.

Insgesamt zeigen die Betätigungsfelder mit hoher Konkordanz ein homogenes Bewertungsbild der Klientengruppe, eine verstärkte Übereinstimmung oder Tendenz bei der Bewertung zwischen Mutter und Kind mit abweichender Lehrerbewertung, die sich für die Therapeuten durch das Setting erklärt, sowie eine Reduzierung der Gesamtbewertung auf zwei Beurteilungen (Mutter & Kind), da die Betätigungsfelder für die Therapeuten überwiegend nicht schulrelevant sind. Den Betätigungsfeldern mit niedriger Konkordanz liegt ein insgesamt heterogenes Bewertungsbild der Klientengruppe vor. Es gibt häufiger Differenzen zwischen der Bewertung von Mutter und Kind; die Abweichungen der Mutter sind für die Therapeuten nicht nachvollziehbar. Zudem erachten die Therapeuten die Betätigungsfelder als schulrelevant; allerdings liegen ihnen zu wenige Informationen von Seiten der Lehrer vor. Die Therapeuten zeigen Schwierigkeiten bei der Gesamtbewertung, wenn ihre Einschätzung nicht mit jener der Klientengruppe übereinstimmt.

Das Vorgehen bei der Entscheidungsfindung wird von der Berufserfahrung und der Erfahrung im Einsatz mit dem PEAP beeinflusst. Therapeuten mit viel Berufserfahrung nutzen verstärkt die verschiedenen Formen des *professional reasoning* (Feiler 2003 & 2007; Hagedorn 2009; Schell 2003a). Je mehr Erfahrung ein Therapeut im Umgang mit dem PEAP hat, desto häufiger wendet er ein eigenes strukturiertes Vorgehen an. Dies schließt die Vorgaben des Assessments mit ein,

fokussiert sich aber nicht ausschließlich darauf. Neben diesen Unterschieden wird ein einheitliches Vorgehen bei der Entscheidungsfindung zur Gesamtbewertung deutlich, das sich in zwei Schritten vollzieht. Im ersten Schritt sammeln und interpretieren die Therapeuten die Informationen mit Hilfe verschiedener Konstrukte: dem *therapeutic use of self* (AOTA 2014), der Klientenzentrierung (Sumsion 1999), dem *top-down*- und dem *bottom-up-Denken* (Trombly 1993; Weinstock-Zlotnick & Hinojosa 2004) und dem *professional reasoning* (Feiler 2003 & 2007; Hagedorn 2009; Schell 2003a). Im zweiten Schritt fließen diese Informationen ein und unterstützen die Hypothesenbildung, die sich entweder auf die Umwelt, die Person oder die strukturellen Bedingungen bezieht. Bei der Entscheidungsfindung bedienen sich die Therapeuten in der Regel nicht nur einer, sondern mehrerer Hypothesen.

Als unterstützende Aspekte für die Gesamtbewertung benennen die Therapeuten eine klientenzentrierte Gesprächsführung während der Durchführung, ein erkennbares, jedoch nicht zu starres Vorgehen an den vorgegebenen Strukturen, kindliche Fertigkeiten (z.B. das eigene Handeln kritisch zu reflektieren) sowie eine gute Gesprächsatmosphäre.

Hinderliche Aspekte für die Gesamtbewertung stellen eine nicht klientenzentrierte Gesprächsführung, der fehlerhafte Einsatz der PEAP-Materialien, eingeschränkte kindliche Fertigkeiten wie u. a. eine reduzierte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsspanne und Schwierigkeiten mit dem PEAP-Material wie etwa Länge und Komplexität des Assessments dar. Zudem wirkt sich auch ein ungünstiges räumliches Setting, z. B. durch Lautstärke oder die Sitzposition von Mutter und Kind, negativ auf den Gesprächsverlauf aus.

Die Studie von Spielbichler (2015) zeigt bei gleicher Datengrundlage bei zwölf Betätigungsfeldern eine gute Interrater-Reliabilität. Die Rater dieser Studie setzten bei der Gesamtbewertung grundsätzlich ein neueres PEAP-Instrument ein: die Strukturhilfe. Dies lässt vermuten, dass die Strukturhilfe insgesamt zu einer Verbesserung der Interrater-Reliabilität beiträgt.

Die sprachliche Entwicklung von Kindern zwischen 5;0 bis 6;11 Jahren ist bei regelentwickelten Kindern so weit fortgeschritten, dass die Voraussetzungen für die Durchführung des PEAP-Assessments gegeben sind (Kasten 2009; Siegler, Eisenberg, DeLoache, Saffran 2016). Die kognitive und emotionale Entwicklung, die sich u. a. in der Aufmerksamkeits- und Konzentrationsspanne sowie der Reflexionsfähigkeit zeigt, ist in der Regel noch nicht so weit entwickelt (Hannover & Greve 2012), weshalb eine Durchführung des Assessments in der vorliegenden Form für regelentwickelte Kinder dieser Altersgruppe erschwert ist.

Um das PEAP-Assessment, das von den Therapeuten als komplex in der Durchführung wahrgenommen und für die Kinder als herausfordernd erlebt wird, angemessen einzusetzen,

benötigen die Therapeuten bestimmte Fertigkeiten (CMCE skills) (Townsend et al. 2007), die sie im PEAP-Workshop vertiefen sollten. Zudem muss das Assessment noch weitere Studien zur Praktikabilität, Durchführungsobjektivität und Konstruktvalidität durchlaufen.

Die Studie zeigt, dass das PEAP-Assessment ein teilreliables Instrument darstellt. Zudem macht sie deutlich, welche Aspekte zu einer höheren und welche zu einer geringeren Konkordanz führen. Auf Grundlage der Ergebnisse lässt sich nachvollziehen, wie Therapeuten bei der Bewertung eines klientenzentrierten Assessments vorgehen. Dies gibt Anhaltspunkte für notwendige Elemente der beruflichen Ausbildung, um Auszubildende auf die Anforderungen des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas vorzubereiten.

## 11.7 Schlussbetrachtung/Ausblick

Aus konstruktivistischer Perspektive gibt es für Disziplinen wie die Heilpädagogik oder die Ergotherapie ein relevantes Thema. Das was die Gesellschaft als Problem definiert, entsteht genau in dieser Gesellschaft. Heilpädagogik und Ergotherapie befassen sich mit den Problemen und geraten in eine zwiespältige Rolle. Einerseits definieren sie selbst die Nutzer und ihre Probleme, andererseits leben sie davon, genau diese Probleme zu lösen (Greving & Ondracek 2009). Aus dem systemisch-konstruktivistischen Ansatz (vgl. Klaes & Walter 1995; 1998) resultiert ein neues Therapieverständnis: Therapie ist nur dann sinnvoll, wenn sich das Kind gestört fühlt und die Situation verändern möchte (Zimmer 2012). Das Ausmaß der erlebten Störung ist einerseits stark vom Selbstkonzept des Kindes abhängig, da „das Konzept der eigenen Fähigkeiten, Begabungen und dem eigenen Können [...] nämlich nicht ein genaues Abbild der tatsächlichen Leistung sein [muss]“ (Zimmer 2012: 56); andererseits wird es von den Verhaltenserwartungen und Gegebenheiten der Umwelt beeinflusst. Dies sollte Grundlage des ergotherapeutischen Denkens und Handelns sein und nur bei vorliegendem Störungsempfinden der Klientengruppe sollte eine ergotherapeutische Behandlung und somit die Durchführung eines klientenzentrierten, betätigungsorientierten Assessments erfolgen.

Das PEAP möchte mit seinem Assessment möglichst viele Perspektiven auf ein Gesamturteil in Bezug zur Betätigungsausführung in einem Betätigungsfeld darstellen. Die qualitativ gewonnenen Daten im Erhebungsprozess sollen auf ein quantifizierbares und dadurch vergleichbares Urteil hinauslaufen, was eine Herausforderung darstellt. Die Gesamtbeurteilung zeigt für die meisten Betätigungsfelder dann eine gute Interrater-Reliabilität, wenn sich die Therapeuten stark an den vorgegebenen Strukturen des Assessments halten. Jedoch möchte das PEAP auch das Kind in seinem Betätigungsverhalten individuell und ganzheitlich verstehen, zudem fordern die Teilnehmer ein individuelles Eingehen auf die Bedürfnisse des Gesprächspartners.

Die subjektive Wahrnehmung aller beteiligten Personen spielt bei der Bewertung der Betätigungsausführung eine entscheidendere Rolle als bei der Bewertung eines Körperfunktionstests, bei dem z. B. die Häufigkeit der beidhändig gefangenen Bälle in einem vorgegebenen zeitlichen Rahmen gezählt und mit der Altersgruppe verglichen wird. Betätigungen sind individuell und einzigartig (Christiansen & Townsend 2010; Rodger et al. 2006) und werden von dem jeweiligen Kontext in der Ausführung und der Anforderung beeinflusst (Kraus & Romein 2015). Somit ist die Ausführung von Betätigung schwerer einheitlich bewertbar als die Funktionsfähigkeit eines Menschen. Davis et al. (2006 & 2010) konzeptualisieren die wichtigsten Kennzeichen der kindlichen Betätigungsentwicklung, sodass ein Bewertungsrahmen geschaffen ist. Jedoch kommen im PEAP durch die verschiedenen involvierten Personengruppen noch mehr Perspektiven dazu als z. B. im COPM (Law et al. 2011), dass „nur“ die Klientenperspektive erhebt. Zur Unterstützung der Bewertung durch den Therapeuten sind von Kraus und Romein (2015) bei dem PEAP-Assessment die Kommentarbeispiele entwickelt. Diese sind altersspezifisch und in Anlehnung an das Ergotherapeutische Assessment (Voight-Radloff, Akkad, Seume 2003) konzipiert. Ein Kommentarbeispiel für den Therapeuten ist bei Betätigungsfeld 3 „auf die Toilette gehen“ z. B. „das Kind braucht viel länger als gewünscht“, was in der Schweregrad-Kategorie ein deutliches Problem darstellt (Kraus & Romein 2015: 118f.). Dies ist eine subjektiv empfundene Beschreibung einer Situation, die mit dem Bewertungsraster quantifiziert wird und dadurch zu Vergleichbarkeit führen soll. Um diese schwierige Bewertungssituation zu meistern sowie die Durchführung des Assessments möglichst so zu gestalten, dass die Bewertungssituation vereinfacht wird, brauchen die Therapeuten gewisse Fertigkeiten (CMCE skills) (Townsend et al. 2007), die sie im PEAP-Workshop vertiefen sollten.

Der Therapeut sollte

- Strategien zur klientenzentrierten Gesprächsführung mit Kindern und ihren Eltern verinnerlicht haben (*specialize/spezialisieren*) und diese beim PEAP-Assessment und beim offenen Interview flexibel einsetzen (*adapt/anpassen*).
- die Anwesenheit der Eltern so handhaben, dass eine für alle Parteien angenehme Gesprächsatmosphäre entsteht (*collaborate/zusammenarbeiten; coach*).
- Den Umgang mit dem spielerisch gestalteten PEAP-Material so handhaben, sodass das Kind dadurch zum Erzählen angeregt oder bei der Einschätzung unterstützt wird (*specialize/spezialisieren*).
- den Entwicklungsstand des Kindes einschätzen können und auf dieser Grundlage entscheiden, ob und wenn ja, wie das Kind in der Lage ist, das Assessment gut zu meistern (*specialize/spezialisieren*).



- Schwierige Situationen wie z. B. Dauer des Assessments, Einstufung auf Skala kennen und darauf flexibel reagieren (*adapt*/anpassen).
- Den aktiven Austausch mit dem Lehrer/Erzieher vor der Gesamtbewertung suchen, um diese Perspektive besser zu verstehen (*coordinate*/koordinieren; *collaborate*/zusammenarbeiten).
- Die PEAP-Konferenz nutzen, um unterschiedliche Positionen von Kind und Eltern zu verstehen (*coordinate*/koordinieren; *coach*).
- Die Auswirkungen der Gestaltung einer räumlichen Gesprächssituation kennen (*specialize*/spezialisieren) und entsprechend einen Raum auswählen, der störungsfrei und ruhig ist und dem Kind die Möglichkeit gibt, sich seinen Vorlieben nach zu positionieren (*adapt*/anpassen).
- das *professional reasoning* an den Strukturen des Assessments gezielt einsetzen.
- Die Materialien des PEAP (Bewertungsraster, Kommentarbeispiele, Strukturhilfe) durchgehend einsetzen, auch wenn der Therapeut viel Erfahrung im Einsatz mit dem Assessment hat.
- Die Erkenntnisse des *top-down* und *bottom-up* während der Durchführung und Bewertung mit dem Fokus auf der Betätigungs- und Partizipationsebene miteinander kombinieren.

Zudem sollte das Assessment aufgrund der Ergebnisse aus der vorliegenden Forschung weiterhin in den folgenden Punkten angepasst werden. Das Assessment sollte:

- das Qualitätsmerkmal der „Partizipation“ auf den Bildkarten aufführen.
- das *Engagement* durch gezielte Fotos auf die Bildkarten aufnehmen.
- die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung beibehalten (gerade bei heterogener Bewertung durch die Klientengruppe), jedoch in angepasster Version damit individuelle Einschätzung durch die Klientengruppe erkennbar bleiben z. B. farbige Markierung.
- nur nach einem verpflichtenden PEAP-Workshop durchgeführt werden.
- begleitendes Material z. B. online Videoclips zum Umgang mit schwierigen Situationen für die Therapeuten zur Verfügung stellen.
- sich an den kindlichen Fertigkeiten (Konzentrationsspanne; Reflexionsvermögen) der Altersgruppe orientieren.

Es sollten weitere Forschungsprojekte zum PEAP-Assessment durchgeführt werden. Das Assessment sollte:

- Studien zur Praktikabilität, zur Durchführungsobjektivität und zur Konstruktvalidität durchlaufen.

- Studien zur Interrater-Reliabilität mit größerer Stichprobe sowie demselben Studiendesign und der gleichen Berechnungsgrundlage, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, durchlaufen. Der Schwerpunkt sollte auf den Betätigungsfeldern 1, 6 & 8 liegen, die weder in der vorliegenden noch in der Studie von Spielbichler (2015) eine zufriedenstellenden Konkordanzkoeffizienten erreichten.
- Studien zur Übersetzung der Erhebungskarten, um Klienten mit eingeschränkten deutschen Sprachkenntnissen eine verbesserte Teilhabe zu ermöglichen

Grundsätzlich sollten die Grundlagen der Klientenzentrierung, der klientenzentrierten Gesprächsführung und des *therapeutic use of self* an allen Berufsfachschulen einheitlich und auf aktuellem Stand vermitteln werden, sodass die Therapeuten in der Lage sind, den Anforderungen in Zeiten des *hyperchanges* bzw. der Postmoderne wie z. B. Forderungen nach Transparenz und einer optimalen Kosten-Nutzen Relation gerecht zu werden (Härter et al. 2003) und trotzdem eine möglichst individualisierte, partnerschaftliche Vorgehensweise zu realisieren.

Wie in Kapitel 3.1.1 beschrieben, treten chronische Erkrankungen psychischer Genese bereits im Kindesalter auf. Die S2k Leitlinie zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (AWMF 2013) empfiehlt die nicht-medikamentöse Therapie nach differentieller Indikationsstellung als Haupttherapieform. Neben der Psychotherapie als Hauptbehandlungsform psychischer Störungen in dieser Altersgruppe, wird der Einsatz assoziierter Therapie empfohlen.

„Bei umschriebenen Entwicklungsstörungen und Teilleistungsproblemen können assoziierte Therapien wie Logopädie, Ergotherapie, Heilpädagogik, Physiotherapie und/oder Psychomotorik indiziert sein“ (AWMF 2013: 30). Als diagnostische Verfahren, die von diesen Berufsdisziplinen durchgeführt werden, sind u. a. spezielle Tests wie der M-ABC 2 zur Überprüfung der motorischen Leistungsfähigkeit oder Entwicklungstest wie der ET6-6 als sinnvoll erwähnt. Um in der interdisziplinären Zusammenarbeit verstärkt auf Partizipation hinzuwirken, können die Ergebnisse aus dem PEAP-Assessment für die mitwirkenden Disziplinen gewinnbringend sein. Das PEAP ist ein primär ergotherapeutisches Assessment, jedoch stellt die ICF bzw. ICF-CY eine konzeptionelle Grundlage des Instrumentes dar, die als interdisziplinäre Struktur und gemeinsame Sprache eine Verbindung innerhalb der verschiedenen Disziplinen in den Rehabilitationswissenschaften ermöglicht (Stein 2013): „In der medizinischen Rehabilitation gilt eine Orientierung an der ICF [...] als optimale Basis für eine multidimensionale Diagnostik“ (DGRW n. d.: 16). Die Durchführung und der Nutzen des PEAP in anderen Disziplinen der Rehabilitationswissenschaften sollte deshalb diskutiert werden.

Vor dem Hintergrund des in Deutschland stattfindenden Paradigmenwechsels in der Ergotherapie (Winkelmann 2009), der die Forderung impliziert Ergotherapeuten sollen ihre Behandlung

betätigungsbasiert und klientenzentriert ausrichten (DVE 2012) und der Tatsache, dass viele Therapeuten bei der Befunderhebung weiterhin auf körperfunktionsorientierte Assessments zurückgreifen (Flaschel 2009), entsteht die Vermutung, dass sich die Therapeuten von den wie in der Studie deutlich wurden, hohen Anforderungen, die die Durchführung und Interpretation eines betätigungs- und klientenzentrierten Assessments mit sich bringen, überfordert fühlen. Diese Hypothese müsste in weiteren Studien überprüft werden. Grundsätzlich können die Ergebnisse dieser Studie dazu beitragen, dass die Therapeuten ein Verständnis für die komplexe Erhebungssituation gewinnen und durch die Auseinandersetzung mit den beschriebenen Anpassungen die eigenen Fertigkeiten überdenken und diese z. B. durch die Teilnahme an einem Seminar zur klientenzentrierten Gesprächsführung, schulen. So lassen sich die Ergebnisse auch auf die Durchführung weiterer klientenzentrierter Assessments in andere Fachbereiche übertragen.

Als primäre Forschungsbedarf in den Rehabilitationswissenschaften wird u. a. die „Weiterentwicklung der zielorientierten Ergebnisevaluation“ (DGRW n. d.: 16) benannt. Die vorliegende Forschung trägt dazu bei, die Prozess- und Ergebnisqualität (vgl. Donabedian 1966) der ergotherapeutischen Maßnahmen mit Kindern zu verbessern und dadurch die Qualität in einer Disziplin der Rehabilitationswissenschaft zu steigern. Durch die Ergebnisse aus der Studie können das PEAP-Assessment und die PEAP-Schulung an den beschriebenen Punkten angepasst werden, was dazu führt, dass die Umsetzung vereinfacht wird und das Instrument von einer steigenden Anzahl Therapeuten in der Praxis eingesetzt wird. Dies hat zur Folge, dass die Grundannahmen des aktuellen ergotherapeutischen Paradigmas vermehrt in die praktische Arbeit einfließen und der Theorie-Praxis Transfer unterstützt wird. Die nachgewiesene Interrater-Reliabilität, ein Teilbereich der psychometrischen Gütekriterien für acht der 15 Betätigungsfelder (53 %) zeigt, dass anhand der Betätigungsfelder des PEAP-Assessments zum überwiegenden Teil eine therapeutenunabhängige Bewertung stattfindet, was die wissenschaftliche Glaubwürdigkeit des Instrumentes erhöht (Biefang & Schuntermann 2000). Vorschläge zur weiteren Anpassung werden gegeben. Hypothetisch lässt sich vermuten, dass diese Anpassungen zu einer Steigerung der Interrater-Reliabilität auch in den anderen Betätigungsfeldern führen. Dieser Nachweis muss in weiteren Studien erbracht werden, die im Hinblick auf die Vergleichbarkeit dem Studiendesign der hier vorgestellten Studie entsprechen sollten.

# LITERATUR

## LITERATUR

---

### Bücher

**Alt, C. (Hrsg.) (2005):** *Kinderleben – Aufwachsen zwischen Familie, Freunden und Institutionen*. Band 1: Aufwachsen in Familien. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Alward, A., & Gross, M. (2009):** Geschichtlicher Rückblick auf die Entwicklung des Einsatzes von Handwerk in der Ergotherapie. In: Winkelmann, I. (Hrsg.): *Handwerk in der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme.

**American Psychological Association (2010):** *Publication Manual of the American Psychological Association*. Washington, DC: APA.

**Andresen, S. (2013):** Konstruktion von Kindheit in Zeiten gesellschaftlichen Wandels. In: C. Hunner-Kreisel, M. Stephan (Hrsg.): *Neue Räume, neuen Zeiten* (21- 32). Wiesbaden: Springer VS.

**Andresen, S., & Hurrelmann, K. (2007):** Was bedeutet es, heute ein Kind zu sein? Die World Vision Kinderstudie als Beitrag zur Kinder- und Kindheitsforschung. In: World Vision Deutschland e.V. (Hrsg.): *Kinder in Deutschland 2007*. 1. World Vision Kinderstudie. Frankfurt am Main: Fischer.

**Andresen, S., & Hurrelmann, K. (2010):** *Bachelor/Master: Kindheit*. Weinheim/Basel: Beltz.

**Ariés, Ph. (1998):** *Die Geschichte der Kindheit*. München: dtv.

**Atteslander, P. (2010):** *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin: Erich Schmidt.

**Baloueff, O., & Cohn, E. (2003):** Introduction To The Infant, Child And Adolescent Population. In: E. Crepeau, E. Cohn, B. Schell (Hrsg.): *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (691-698). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

**Bamler, V., Werner, J., & Wustmann, C. (2010):** *Lehrbuch Kindheitsforschung – Grundlagen, Zugänge und Methoden*. Weinheim/München: Juventa.

**Baum, C., Christiansen, C., & Bass, J. (2015):** The Person-Environment-Occupation-Performance (PEOP) Model. In: C. Christiansen, C. Baum, J. Bass: *Occupational Therapy – Performance, Participation, and Well-Being* (49-79). Thorofare, NJ: Slack.

**Bauman, Z. (2007):** *Flaneure, Spieler und Touristen. Essays zu postmodernen Lebensformen*. Hamburg: Hamburger Edition.

**Beauchamp, T., & Childress, J. (2008):** *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford: Oxford University Press.

- Beck, U. (Hrsg.) (1997):** *Kinder der Freiheit*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Beck, U. (1986):** *Risikogesellschaft*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Becker, H., & Steding-Albrecht, U. (2006):** *Ergotherapie im Arbeitsfeld Pädiatrie*. Stuttgart: Thieme.
- Beyermann, G. (2001):** *Woher – Wohin? Didaktischer Leitfaden zur Ausbildungsplanung in den Gesundheitsberufen am Beispiel der Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Biefang, S., & Schuntermann, M. (2000):** Diagnostik und Assessment in der Rehabilitation. In: Bengel, J., Koch, U. (Hrsg.): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (104-120). Berlin: Springer.
- Bollig, S., & Ott, M. (2008):** Entwicklung auf dem Prüfstand – zum praktischen Management von Normalität in Kindervorsorgeuntersuchungen. In :H. Kelle, A. Tervooren (Hrsg.): *Ganz normale Kinder. Heterogenität und Standardisierung kindlicher Entwicklung* (207-222). Weinheim: Juventa.
- Bortz, J., & Döring, N. (2006):** *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Bortz, J., & Lienert, G. (2008):** *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin: Springer.
- Bortz, J., & Schuster, C. (2010):** *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bowyer, P., Kramer, J., Ploszaj, A., Ross, M., Schwarz, O., Kielhofner, G., Kramer, K. (2011):** *SCOPE Kurzes Betätigungsprofil für Kinder. Handbuch mit Bewertungsbögen. Version 2.2*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bridge, C., & Twible R. (1997):** Clinical Reasoning – Informed Decision Making for Practice. In C. Christiansen, C. Baum (Hrsg.): *Enabling Function and Well-Being* (160–179). Thorofare: Slack Incorporated.
- Bronfenbrenner, U. (1981):** *Die Ökologie der menschlichen Entwicklung*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bronfenbrennder, U. (1989):** Ecological system theory. In R. Vasta (Edt.): *Six theories of child development* (185-246). Greenwich: JAI Press.
- Brown, T. (2012):** Assessment, Measurement and Evaluation. In: S. Lane, A. Bundy (Eds.): *Kids can be kids: A Childhood Occupations Approach* (320-348). Philadelphia: Davis Company.

- Bühler-Niederberger, D., & Sünker, H. (2008):** Theorie und Geschichte der Kindheit. In H. Sünker (Hrsg.), T. Swiderek (Hrsg.): *Lebensalter und Soziale Arbeit Band 2: Kindheit* (5-46). Baltmannsweiler: Schneider Hohengehren.
- Bühler, S. (2004):** Theoretische Grundlagen. In M. Miesen (Hrsg.): *Berufsprofil Ergotherapie* (91-108). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Bullinger, M. (2000):** Lebensqualität – aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: U. Raven-Sieberer, A. Cieca: *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin* (13-24). Landsberg am Lech: ecomed Verlag.
- Bullinger, M. (2016):** Zur Messbarkeit von Lebensqualität. In: L. Kovács, R. Kipke, R. Lutz (Hrsg.): *Lebensqualität in der Medizin* (175-188). Wiesbaden: Springer VS.
- Canadian Association of Occupational Therapy (CAOT) (1997):** *Enabling Occupation: An Occupational Therapy Perspective*. Ottawa/Ontario: CAOT Publications ACE.
- Chapparo, C., & Ranka, J. (2004):** Das Occupational Performance Model (Australia). In: OPM (Hrsg.): *Arbeitskreis Modell und Theorien* (11-60). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Craig, C. (1999):** Geleitwort. In: Th. Sumsion: *Klientenzentrierte Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Creswell, J. (2014):** *Research Design. Qualitative, Quantitative Mixed Methods Approaches*. Los Angeles: Sage Publications.
- Creswell, J., & Plano Clark, V. (2011):** *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. Los Angeles: Sage Publications.
- Christiansen, C., & Baum, C. (1991):** *Occupational therapy: Overcoming human performance deficits*. Thorofare, NJ: Slack.
- Christiansen, C., & Baum, C. (1997):** *Occupational Therapy: Enabling Function and Well-Being*. Thorofare, NJ: Slack.
- Christiansen, C., Baum, C., & Bass, J. (2015):** *Occupational Therapy – Performance, Participation, and Well-Being*. Thorofare, NJ: Slack.
- Christiansen, C., & Townsend, E. (2010):** An Introduction to Occupation. In: C. Christiansen, E. Townsend (Hrsg.): *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (1-36). Upper Saddle River/New Jersey: Pearson.

**Cole, M., & Tufano, R. (2008):** *Applied Theories in Occupational Therapy – A Practical Approach*. Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**Davis, J., & Polatajko, H. (2006):** The Occupational Development Of Children. In: S. Rodger, J. Ziviani: *Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* (136-157). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

**Davis, J., Polatajko, H. (2010):** Occupational Development. In: C. Christiansen, E. Townsend (Edt.): *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (135-174). Upper Saddle River/New Jersey: Pearson.

**Delfos, M. (2013):** *"Sag mir mal..." Gesprächsführung mit Kindern (4-12 Jahre)*. Weinheim und Basel: Beltz.

**Denzin, N. (1977):** *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: McGraw Hill Book Company

**Dreher, E., & Dreher, M. (1999):** Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter. In: R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper, G. Noam (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie* (623-653). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

**Duncan, E., & Hagedorn, R. (2006):** *Foundations for practice in occupational therapy*. London: Churchill Livingstone.

**Dunn, W. (2005):** Measurement Issues And Practices. In M. Law, C. Baum, W. Dunn: *Measuring Occupational Performance* (22-32). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**Egan, M., & Dubouloz, C. (2014):** Practical Foundations for Practice: Planning, Guiding, Documenting, and Reflecting. In M. Radomski, C. Trombly (Eds.): *Occupational Therapy for Physical Dysfunktion* (24-49). Baltimore, MD/Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

**Erhart, M., Wille, N., & Ravens-Sieberger, U. (2008):** In die Wiege gelegt? Gesundheit im Kindes- und Jugendalter als Beginn einer lebenslangen Problematik. In: U. Bauer, U. Bittlinmayer, M. Richter (Hrsg.): *Health Inequalities: Determinanten und Mechanismen gesundheitlicher Ungleichheit* (331-358). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Feger, H. (1983):** Planung und Bewertung von wissenschaftlichen Beobachtungen. In: C. Graumann, H. Herrmann, T. Hörmann, M. Irle, H. Thomae, F. Weinert: *Enzyklopädie der Psychologie* Themenbereich B, Serie I, Band 2 (1-54). Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie & Hogrefe.



**Feiler, M. (Hrsg) (2003):** *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie – Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln*. Hamburg: Springer.

**Feiler, M. (2007):** Klinisches Reasoning: Fundament für die ergotherapeutische Praxis. In: C. Scheepers, U. Steding – Albrecht, P. Jehn (Hrsg.): *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (138-143). Stuttgart & New York: Thieme.

**Fielding, N., & Fielding, J. (1986):** *Linking Data. Qualitative Research Methods*. Beverly Hills: Sage.

**Fischer, K. (1996):** *Entwicklungstheoretische Perspektiven der Motologie des Kindesalters*. Reihe Motorik; Band 18. Schorndorf: Verlag Karl Hofmann.

**Fischer, K. (2009):** *Einführung in die Psychomotorik*. München: Ernst Reinhardt.

**Fisher, A. (2014):** *OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model – Ein Modell zum Planen und Umsetzen von klientenzentrierter, betätigungsbasierter Top-down-Intervention*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

**Flammer, A. (2009):** *Entwicklungstheorien – Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung*. Bern: Hans Huber.

**Fleiss, J. (1987):** *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.

**Flick, U. (2012):** *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Fuhs, B. (2000):** Qualitative Interviews mit Kindern – Überlegungen zu einer schwierigen Methode. In: F. Heinzel (Hrsg.): *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive* (87-103). Weinheim: Juventa.

**Gede, H., Kriege, S., Strebel, H., & Sulzmann-Dauer, I. (2007):** *Kinder zu Wort kommen lassen - Die adaptierte Version des Canadian Occupational Performance Measure für Grundschulkinder (COPM<sup>a-kids</sup>)*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

**George, S., Flotho, W., Dehnhardt, B., Harth, A., & Romeine, E. (2009):** Derzeitiger Entwicklungsstand rund um das kanadische Modell in Deutschland. In: C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Stubner, P. Weber, P. (Hrsg.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (156-170). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

**Gläser, S., & Laudel, G. (2009).** *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Gloger-Tippelt, G. (2011):** Eigenständige Kindheit? Empirische Befunde der neueren Kindheitsforschung. In: S. Wittmann, T. Rauschenbach, H. Leu (Hrsg.): *Kinder in Deutschland – eine Bilanz empirischer Studien* (25-36). Weinheim und München: Juventa.
- Goodwin, D. (2006):** Ethical issues. In: C. Pape, N. Mays (Hrsg.): *Qualitative research in health care* (53-62). Oxford: Blackwell Publishing.
- Göppel, R. (2007):** *Aufwachsen heute: Veränderung der Kindheit - Problem des Jugendalters*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Götsch, K. (2007):** Definition, Systematik und Wissenschaft der Ergotherapie, In: C. Scheepers, U. Steding – Albrecht, P. Jehn (Hrsg.): *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (2-10). Stuttgart & New York: Thieme.
- Greenwood, K. (1999):** Measurement: concepts, tools and issues. In: V. Minichiello, G. Sullivan, K. Greenwood, R. Axford (Hrsg.): *handbook for research methods in health sciences* (318-339). Sydney: Pearson Education Australia.
- Greving, H., & Ondracek, P. (2009):** *Heilpädagogisches Denken und Handeln*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Grunert, C., & Krüger, H. (Hrsg.) (2006):** *Kindheit und Kindheitsforschung in Deutschland. Forschungszugänge und Lebenslagen*. Opladen: Barbara Budrich.
- Grün, M. von der. (1979):** *Wie war das eigentlich? Kindheit und Jugend im Dritten Reich*. Berlin et al.: Luchterhand.
- Gwet, K. (2012):** *Handbook of Inter-Rater Reliability*. Gaithersburg: Advanced Analytics.
- Hagedorn, R. (2000a):** *Tools for Practice in Occupational Therapy. A Structured Approach to Core Skills and Processes*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hagedorn, R. (2000b):** *Ergotherapie - Theorien und Modelle; die Praxis begründen*. Stuttgart & New York: Thieme.
- Hagedorn, R. (2004):** *Occupational Therapy. Perspectives and Processes*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Hagedorn, R. (2009):** Umsetzung von Modellen in die Praxis. In: C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Stubner, P. Weber (Hrsg.): *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (29-43). Hamburg: Springer.

**Hagen, C. von., & Noeker, M. (1999):** Entwicklungsergebnis bei chronischer somatischer Erkrankung im Kindes- und Jugendalter: Psychische Störung versus Kompetenzgewinn. In: R. Oerter, C. von. Hagen, G. Röper, G. Noam (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie* (654-690). Weinheim: Psychologie Verlags Union.

**Harth, A., & Pinkepank, S. (2007):** Diagnostisch Verfahren. In: C. Scheepers, U. Steding – Albrecht, P. Jehn (Hrsg.): *Ergotherapie Vom Behandeln zum Handeln. Lehrbuch für Ausbildung und Praxis* (254-265). Stuttgart & New York: Thieme.

**Härter, M., Linster, W., & Stieglitz, R. (Hrsg.) (2003):** *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. Grundlagen, Methoden und Anwendung*. Göttingen et al.: Hogrefe.

**Havighurst, R. (1982):** *Developmental tasks and education*. New York: Longman.

**Häder, M. (2010):** *Empirische Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Heath, C., Hindmarsh, J., Luff, P. (2010):** *Video in qualitative research: Analysing social interaction in everyday life*. Los Angeles, CA: Sage.

**Heinrichs, B. (2013):** Forschung mit Minderjährigen in den Gesundheitsfachberufen. In: S. Ringmann, J. Siegmüller (Hrsg.): *Ethische Aspekte in der Forschung mit Kindern – Perspektiven der Gesundheitsfachberufe* (23-38). Frankfurt/Main et al.: Peter Lang.

**Heinzel, F. (1997):** Qualitative Interviews mit Kindern. In: B. Friebertshäuser, A. Prengel (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (396-413). Weinheim: Juventa.

**Heinzel, F. (2000):** Methoden und Zugänge der Kindheitsforschung im Überblick. In: F. Heinzel (Hrsg.): *Methoden der Kindheitsforschung. Ein Überblick über Forschungszugänge zur kindlichen Perspektive* (21-35). Weinheim: Juventa.

**Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2003):** *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill: Santa Fé/ México.

**Hinojosa, J., Kramer, P., & Crist, P. (2010):** *Evaluation. Obtaining And Interpreting Data*. Bethesda: American Occupational Therapy Association, Inc.

**Hirsch, T., & Lorenzen, H. (2004):** ICF in der deutschen Ergotherapie. In: M. Miesen (Hrsg.): *Berufsprofil Ergotherapie 2004* (173-187). Idstein: Schulz-Kirchner.

**Hölter, G. (2011):** *Bewegungstherapie bei psychischen Erkrankungen. Grundlagen und Anwendung.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

**Hurrelmann, K. (2006):** *Einführung in die Sozialisationstheorie.* Weinheim & Basel: Beltz.

**Hurrelmann, K. (2012):** *Sozialisation.* Weinheim & Basel: Beltz.

**Hurrelmann, K., & Bründel, H. (2003):** *Einführung in die Kindheitsforschung.* Weinheim & Basel :Beltz Studium.

**Hurrelmann, K., Klotz, T., & Haisch, J. (Hrsg.) (2010):** *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung.* Bern: Hans Huber.

**Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2012):** *Lebensphase Jugend.* Weinheim: Juventa.

**Jarman, J. (2010):** What Is Occupation? Interdisciplinary Perspectives on Defining and Classifying Human Activity. In: C. Christiansen, E. Townsend (Eds.): *Introduction to Occupation. The Art and Science of Living* (81-99). Upper Saddle River/New Jersey et al.: Pearson.

**Jerosch-Herold, C., Marotzki, U., Hack, B., & Weber, P. (2009):** *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis.* Hamburg: Springer.

**Kasten, H. (2009):** *4-6 Jahre Entwicklungspsychologische Grundlagen.* Berlin: Cornelsen.

**Kehily, M. (2009):** Understanding childhood. In: M. Kehily (Ed.): *An introduction to childhood studies* (1-16). Berkshire: Open University Press.

**Kelle, U., & Erzberger, Ch. (2000):** Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In: U. Flick U, E. von. Kardorff, I. Steinke (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

**Kelle, U., & Kluge, S. (2010):** *Vom Einzelfall zum Typus – Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung.* Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Keupp, H. (1988):** *Risikante Chancen. Das Subjekt zwischen Psychokultur und Selbstorganisation.* Heidelberg: Asanger.

**Kielhofner, G. (2004):** *Conceptual foundations of occupational therapy.* Philadelphia: F.A. Davis Company.

**Kielhofner, G. (2008):** *Model of Human Occupation.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- King, R. (2010):** The Experience of Flow and Meaningful Occupation. In: K. Sladyk, K. Jacobs, N. MacRae (Eds.): *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence* (3-10). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.
- Knab, E., & Klein, J. (2006):** Qualitätsentwicklung in der Psychomotorik. In: Fischer, K., Knab, E., Behrens, M.: *Bewegung in Bildung und Gesundheit* (166-175). Lemgo: Aktionskreis Literatur und Medien.
- Knäuper B, & Schwarzer R (1999):** Gesundheit über die Lebensspanne. In: R. Oerter, C. von. Hagen, G. Röper, G. Noam (Hrsg.): *Klinische Entwicklungspsychologie* (711-727). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Kolthoff, M. (2006):** *Gesprächskultur mit Kindern*. Weinheim & Basel: Beltz.
- Konrad, K. (2010):** Lautes Denken. In: G. May, K. Mruck (Hrsg.): *Handbuch qualitativer Forschung in der Psychologie* (476-490). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Kovács, L., Kipke, R., & Lutz, R. (Hrsg.):** *Lebensqualität in der Medizin*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kraus, E. (2009):** Handwerkliche und gestalterische Techniken in der Ergotherapie. In: I. Winkelmann (Hrsg.): *Handwerk in der Ergotherapie* (2-9). Stuttgart & New York: Thieme.
- Kraus, E., & Romein, E. (2015):** *PEAP – Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment & Prozessinstrument*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Kray, J., & Schäfer, S. (2012a):** Kognitive Kontrolle, Selbstregulation und Metakognition. In: W. Schneider, U. Lindenberger (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie* (457-476). Weinheim & Basel: Beltz.
- Kray, J., & Schaefer, S. (2012b):** Mittlere und späte Kindheit (6 – 11 Jahre). In: W. Schneider, U. Lindenberger (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie* (211-234). Weinheim & Basel: Beltz.
- Kroll, T., & Neri, M. (2009):** Designs for Mixed Methods Research. In: S. Andrew, E. Halcomb (Eds.): *Mixed Methods Research for Nursing and the Health Science* (31-49). Chichester/West Sussex: Blackwell Publishing Ltd.
- Kronenberg, F., Algado, S., & Pollard, N. (2011):** *Occupational Therapy without borders. Learning from the spirit of survivors*. Edinburgh: Churchill Livingston.
- Kubny-Lüke, B. (2009):** Geschichte der Ergotherapie in Deutschland. In: C. Scheepers, U. Steding-Albrecht, P. Jehn (Hrsg.): *Ergotherapie – vom Behandeln zum Handeln* (11-18). Stuttgart & New York: Thieme.

**Kuckartz, U. (2010):** *Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Kuckartz, U. (2014):** *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim: Beltz Juventa.

**Kuczynski, Ch., & Richard, C. (2010):** History and Philosophy. In: K. Sladyk, K. Jacobs, N. MacRae (Eds.): *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence* (25-32). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**Kuh, D., & Ben-Shlomo, Y. (2004):** *A life course approach to chronic disease epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.

**Kuhn, T. (1976):** *Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft.

**Laver Fawcett, A. (2007):** *Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists*. West Sussex: Wiley & Sons Ltd.

**Law M (1997):** Self Care. In: J. van. Deusen, D. Brunt (Edt.): *Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy*. London: WB Saunders.

**Law, M., Baptiste, S., Carswell, A., McColl, M., Polatajko, H., Pollok, N. (2011):** *COPM Canadian Occupational Performance Measure*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

**Law, M., & Baum, C. (2005):** Measurement In Occupational Therapy. In: M Law, C Baum, W Dunn: *Measuring Occupational Performance* (3-20). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**Law, M., & Barker Dunbar, S. (2008):** Person-Environment-Occupational Model. In: S. Barber Dunbar (Edt.): *Occupational Therapy Models for Intervention with Children and Families* (27-50). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**Law, M., & Mills, J. (1998):** Client-Centred Occupational Therapy. In: M. Law (Edt.): *Client-Centered Occupational Therapy* (1-18). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**Law, M., Petrenchik, T., Ziviani, J., & King, G. (2006):** Participation of Children in School and Community. In: S. Rodger, J. Ziviani (Eds.): *Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* (67-90). Oxford: Blackwell Publishing.

- Law, M., & Russell, D. (2005):** Guiding Therapist Decisions About Measuring Outcomes In Occupational Therapy. In: M. Law, C. Baum, W. Dunn: *Measuring Occupational Performance* (33-48). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.
- Lechner, C., & Silbereisen, R. (2015):** Der Beitrag der Entwicklungspsychologie zur Sozialisationsforschung – von der Umwelt zum Genom und zurück. In: K. Hurrelmann, U. Bauer, M. Grundmann, S. Walper (Hrsg.): *Handbuch Sozialisationsforschung* (96 -114). Weinheim & Basel: Beltz.
- Lohaus, A., & Ball, J. (2006):** *Gesundheit und Krankheit aus Sicht von Kindern*. Göttingen: Hogrefe.
- Lohaus, A., & Vierhaus, M. (2015):** *Entwicklungspsychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Mandich, A., & Rodger, S. (2006):** Doing, Being And Becoming: Their Importance For Children. In: S. Rodger, J. Ziviani: *Occupational Therapy with Children. Understanding Children's Occupations and Enabling Participation* (115-135). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Marotzki, U. (2006):** *Zwischen medizinischer Diagnose und Lebensweltorientierung. Eine Studie zum professionellen Arbeiten in der Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.
- Marotzki, U., & Hack, B. (2009):** Zum Fortgang der Professionalisierung der deutschen Ergotherapie – eine Fiktion. In: C. Jerosch-Herold, U. Marotzki, B. Hack, P. Weber P: *Konzeptionelle Modelle für die ergotherapeutische Praxis* (183-209). Hamburg: Springer.
- Marquardt, M., (1988):** *Geschichte und Aufgaben des Verbandes der Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten (Ergotherapeuten) e.V.* Wiesbaden: Wirtschaftsverlag.
- Mattingley, C. (1994):** A Two-Body Practice. In: C. Mattinglec, M. Fleming: *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice* (37-93). FA Davies: Philadelphia.
- Mattingley, C., & Fleming, M. (1994):** *Clinical reasoning: forms of inquiry in a therapeutic practice*. FA Davies: Philadelphia.
- Mayring, P. (2010):** *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- McColl, M., & Pollock, N. (2005):** Measuring Occupational Performance Using A Client Centered Perspective. In: M. Law, C. Baum, W. Dunn: *Measuring Occupational Performance* (81-91). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.
- McGrath, J. (2002):** Interdisciplinary goal planning in neurological rehabilitation. In: P. Frommelt, H. Grötzbach (Hrsg.) *Neurorehabilitation. Grundlagen. Praxis. Dokumentation*. (107-113) Berlin: Blackwell Wissenschaft.



**Melzer, L. (2004):** Elternarbeit in der pädiatrischen Ergotherapie: Im besten Interesse für den Patienten? In: B. Hack (Hrsg.): *Ethik in der Ergotherapie* (147-164). Berlin & Heidelberg: Springer.

**Melzer, C., & Methner, A. (2012):** *Gespräche führen mit Kindern und Jugendlichen. Methoden schulischer Beratung*. Stuttgart: Kohlhammer.

**Mey, M. (2005):** Forschung mit Kindern – Zur Relativität von kindangemessenen Methoden. In: M. Mey (Hrsg.): *Handbuch qualitative Entwicklungspsychologie* (151-183). Köln: Kölner Studien Verlag.

**Miesen, M. (Hrsg.) (2004):** *Berufsprofil Ergotherapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

**Miller Polgar, J. (2003):** Critiquing Assessments. In: E. Crepeau, E. Cohn, B. Schell (Eds.): *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (299-314). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

**Montada, L., Lindenberger, U., & Schneider, W. (2012):** Fragen, Konzepte, Perspektiven. In: W. Schneider, U. Lindenberger: *Entwicklungspsychologie* (27-60). Weinheim & Basel: Beltz.

**Moosbrugger, H., Kelava, A. (2012):** Qualitätsanforderungen an einen psychologischen Test. In: H. Moosbrugger, A. Kelava (Hrsg.): *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion* (7-26). Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

**Mulzheim, S. (2010):** Prävention und Gesundheitsförderung. In: S. Voigt-Radloff, N. Thapa-Görder: *Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie* (17-32). Stuttgart & New York: Thieme.

**Neitzke, G. (2013):** Grundlagen der Forschungsethik. In: S. Ringmann, J. Siegmüller (Hrsg.): *Ethische Aspekte in der Forschung mit Kindern – Perspektiven der Gesundheitsfachberufe* (9-22). Frankfurt/Main: Peter Lang.

**Norman, G., & Streiner, D. (2003):** *PDQ Statistics*. Toronto: B. C. Decker.

**Oerter, R., Hagen von, C., Röper, G., & Noam, G. (Hrsg.):** *Klinische Entwicklungspsychologie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

**Oerter, R., & Montada, L. (Hrsg.) (2002):** *Entwicklungspsychologie*. Weinheim & Basel: Beltz.

**Opp, G., & Fingerle, M. (Hrsg.) (2007):** *Was Kinder stärkt: Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*. München & Basel: Ernst Reinhardt.

**Ottensbacher, K., & Christiansen, C. (1997):** Occupational Performance Assessment. In: C. Christiansen, C. Baum (Eds.): *Occupational Therapy: Enabling Function and Well-Being* (104-135). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.



**Paier, D. (2010):** *Quantitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

**Patry, P. (2002):** *Experimente mit Menschen: Einführung in die Ethik der psychologischen Forschung*. Bern: Huber.

**Patton, M. (1990):** *Qualitative Sampling and Research Methods*. London: Sage.

**Pätzold, I., Wolf, M., Hörning, A., & Hoven, J. (2008):** „Weißt du eigentlich was mir wichtig ist?“ *COSA – Child Occupational Self Assessment (Übersetzte und erweiterte Version 2.1). Ein Selbsteinschätzungsbogen für Kinder von 8-13 Jahren - Theoretische Grundlagen und praktische Anwendung*. Dortmund: Verlag Modernes Lernen Borgmann.

**Peat, J. (2002):** *Health Science Research: A Handbook Of Quantitative Methods*. London: Sage Publications.

**Peirce, Ch. (1991):** *Schriften zum Pragmatismus und Pragmatizismus*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

**Peter, C., & Pomnitz, P. (2013):** Normierung und Normalisierung von Kindheit. In: S. Ringmann, J. Siegmüller (Hrsg.): *Ethische Aspekte in der Forschung mit Kindern – Perspektiven der Gesundheitsfachberufe* (91-120). Frankfurt/Main et al.: Peter Lang.

**Peyn, G., & Key, E. (2010):** *Das Jahrhundert des Kindes*. Neunkirchen: Rabaka.

**Polatajko, H., Backman, C., Baptiste, S., Davis, J., Eftekhar, P., Harvey, A., ...Connor-Schisler, A. (2007):** Human occupation in context. In: E. Townsend, H. Polatajko: *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being, & Justice through Occupation* (37-62). Ottawa: CAOT Publications ACE.

**Pollard, N., Kronenberg, F., & Sakellariou, D. (2008):** A political practice of occupational therapy. In: N. Pollard, D. Sakellariou, F. Kronenberg: *A political practice of occupational therapy* (3-16). Edinburgh: Churchill Livingstone.

**Pollock, N., & McColl, M. (1998):** Assessment In Client-Centred Occupational Therapy. In: M. Law (Ed.): *Client-Centered Occupational Therapy* (89-105). Thorofare/NJ: Slack Incorporated.

**Polgar, S., & Thomas, S. (2000):** *Introduction to Research in the Health Science*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

**Porst, R. (2011):** *Fragebogen – ein Arbeitsbuch*. Wiesbaden: VS Verlag.

**Quante, S., & Liebisch, R. (2002):** Was Kinder gesund macht! Psychomotorik und Salutogenese: Schnittpunkte in Theorie und Praxis. In: S. Schönrade, H. Beins, R. Lensing-Conrady (Hrsg.): *Kindheit ans Netz? Was Psychomotorik in einer Informationsgesellschaft leisten kann* (57-86). Dortmund: borgmann publishing.

**Quenzel, G. (2015):** Das Konzept der Entwicklungsaufgaben. In: K. Hurrelmann, U. Bauer, M. Grundmann, S. Walper (Hrsg.): *Handbuch Sozialisationsforschung* (233 -250). Weinheim & Basel: Beltz.

**Raithel, J., Dollinger, B., & Hörmann, G. (2009):** *Einführung Pädagogik: Begriffe-Strömungen-Klassiker-Fachrichtungen*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

**Rodger, S. (Edt.) (2010):** *Occupation-centred Practice with Children*. Oxford: Blackwell Publishing.

**Rodger, S., & Keen, D. (2010):** Child- and Family-centred Service Provision. In: S. Rodger (Edt.): *Occupation-centred Practice with Children* (45-58). Oxford: Blackwell Publishing.

**Romein, E. (2016):** Kindliche Betätigung und Betätigungsentwicklung. In: A. Baumgarten, H. Strebel, H.: *Ergotherapie in der Pädiatrie* (41-54). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

**Reindl, N., Schröder, H., & Waltersbacher, A. (2008):** Der Heilmittelmarkt. In: H. Bode, H. Schröder, A. Waltersbacher (Hrsg.): *Heilmittelreport 2008. Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie: Eine Bestandsaufnahme* (1-54). Stuttgart: Schattauer.

**Rentsch, H., Bucher, P., & Tesak, J. (Hrsg.) (2005):** *ICF in der Rehabilitation. Die praktische Anwendung der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit im Rehabilitationsalltag*. Idstein: Schulz-Kirchner.

**Schell, B. (2003a):** Clinical reasoning: The Basis Of Practice. In: E. Crepeau, E. Cohn, B. Schell (Eds.): *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (131-140). Philadelphia et al.: Lippincott Williams & Wilkins.

**Schell, B. (2003b):** Wie können Klinische Reasoning-Fertigkeiten erlernt werden? In: M. Feiler (Hrsg.): *Klinisches Reasoning in der Ergotherapie – Überlegungen und Strategien im therapeutischen Handeln* (99 – 110). Hamburg: Springer.

**Schell, B. (2014):** Professional Reasoning in Practice. In: B. Schell, G. Gillen, M. Scaffa, E. Cohn (Eds.): *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (384-397). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

**Schell, B., & Schell, J. (2008):** *Clinical and Professional Reasoning in Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Williams.

**Schneider, W., & Hasselhorn, M. (2012):** Frühe Kindheit (3-6 Jahre). In: W. Schneider, U. Lindenberger (Hrsg.) (2012): *Entwicklungspsychologie* (187-210). Weinheim & Basel: Beltz.

**Schneider, W., & Lindenberger, U. (Hrsg.) (2012):** *Entwicklungspsychologie*. Weinheim & Basel: Beltz.

**Schneider, W., & Lockl, K. (2002):** The development of metacognitive knowledge in children and adolescents. In: T. Perfect, B. Schwartz (Eds.): *Applied metacognition* (224-257). Cambridge: Cambridge University Press.

**Schnell, M., & Heinritz, C. (2006):** *Forschungsethik: Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die Gesundheits- und Pflegewissenschaften*. Bern: Huber.

**Schnell, R., Hill, P., & Esser E. (2011):** *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München: Oldenbourg Verlag.

**Schmidt, W. (1981):** *Struktur, Bedingungen und Funktionen von Paradigmen und Paradigmenwechsel. Eine wissenschafts-historisch-systematische Untersuchung der T.S. Theorie Kuhns am Beispiel der Empirischen Psychologie*. Frankfurt a. M. & Bern: Peter D. Lang.

**Schönthaler, E. (2016):** Assessments. In: V. Ritschl, R. Weigl, T. Stamm (Hrsg.): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (249-268). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

**Schöpfs, I. (2016):** Gesundheitsförderung und Gemeinwesenorientierung in der pädiatrischen Ergotherapie. In: A. Baumgarten, H. Strebel: *Ergotherapie in der Pädiatrie* (475-485). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.

**Schreier, M. (2012):** *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: Sage Publications.

**Schulz von Thun, F. (2003):** Kommunikationspsychologie als Grundlage für die Entwicklung sozialer Kompetenz. In D. Weimer, M. Galliker (Hrsg.): *Sprachliche Kommunikation. Ansätze und Perspektiven. Festschrift zum 80. Geburtstag von Carl Friedrich Graumann* (S. 104-109). Heidelberg: Asanger.

**Schumacher, J., Klaiberg, A., & Brähler, E. (2003):** *Diagnostische Verfahren zur Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.

**Schweizer, H. (2008):** Neue Soziologie der Kindheit. In: I. Baumgartner (Hrsg.) : *Kindheit und Jugend in alternder Gesellschaft* (55-96). Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften. Münster: Aschendorff Verlag.

**Siegler, R., Eisenberg, N., DeLoache J., & Saffran, J. (2016):** *Entwicklungspsychologie im Kindes- und Jugendalter*. Berlin, Heidelberg: Springer.

- Smith, J. (2011):** *Qualitative Psychology. A Practical Guide to Research Methods*. London: Sage.
- Smith, J., Flowers, P., & Larkin, M. (2009):** *Interpretative Phenomenological Analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage.
- Smith, J., Flowers, P., & Ostborn, M. (1997):** Interpretative phenomenological analysis and the psychology of health and illness. In: L. Yardley: *Material Discourses of Health and Illness*. London: Routledge.
- Smith, J., & Osborn, M. (2008):** Interpretative phenomenological analysis. In: J. Smith (Edt.): *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (53-80). London: Sage.
- Stamm, T., Kartner, G., Müseneder, J., Ritschl, V., Perkhofer, S., Tucek, G., Weigl, R. (2016):** Besonderheiten der Forschung im Gesundheitswesen. In: V. Ritschl, R. Weigl, T. Stamm (Hrsg.): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (25-47). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Steinke, I. (2004):** Gütekriterien qualitativer Forschung In: U. Flick, E. von. Kardorff, I. Steinke (Hrsg.). *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (319 – 331). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Stewart, D., Letts, L., Law, M., Cooper, B., Strong, S., & Rigby, P. (2003):** The Person-Environment-Model. In: E. Crepeau, E. Cohn, B. Schell (Eds.): *Willard and Spackman's occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott.
- Straßburg, H. (2010):** Therapie motorischer Störungen. In: W. von. Suchodoletz (Hrsg.): *Therapie von Entwicklungsstörungen – was wirkt wirklich?* (17 – 32). Göttingen: Hogrefe.
- Suchodoletz, W. von. (Hrsg.):** *Therapie von Entwicklungsstörungen – was wirkt wirklich?*. Göttingen: Hogrefe.
- Supyk-Mellson, J., & McKenna, J. (2010):** Understanding models of practice. In: M. Curtin (Edt.): *Occupational Therapy and Physical Dysfunction Enabling Occupation* (67-79). Elsevier: Churchill Livingstone.
- Townsend, E., Beagan, B., Kumas-Tan, Z., Versnel, J., Iwama, M., Landry, J., ...Brown, J. (2007):** Enabling: Occupational therapy's core competency. In: E Townsend, H Polatajko: *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation* (87-135). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E., & Polatajko, H. (2007):** *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.

- Trentham, B., & Cockburn, L. (2010):** Betätigung und Gesundheit. In: N. Thapa-Görder, S. Voight-Radloff: *Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie* (33-44). Stuttgart & New York: Thieme.
- Voelcker-Rehage, C. (2012):** Gesundheit. In: W. Schneider, U. Lindenberg (Hrsg.) (2012): *Entwicklungspsychologie* (719-732). Weinheim & Basel: Beltz.
- Waldmann, H. (2000):** Strategien der Rehabilitationsforschung: Die Forschungsansätze im Überblick. In: J. Bengel, U. Koch (Hrsg.): *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften: Themen, Strategien und Methoden der Rehabilitationsforschung* (256-270). Berlin: Springer.
- Warschburger, P. (2009):** Belastungserleben und Bewältigungsanforderungen. In: C. von. Hagen, H. Schwarz (Hrsg.): *Psychische Entwicklung bei chronischer Krankheit im Kindes- und Jugendalter* (27-38). Stuttgart: Kohlhammer.
- Weigl, R. (2016):** Forschungsprozess. In: V. Ritschl, R. Weigl, T. Stamm, T. (Hrsg.): *Wissenschaftliches Arbeiten und Schreiben* (9-24). Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Weinert, S., & Grimm, H. (2012):** Sprachentwicklung. In: W. Schneider, U. Lindenberg (Hrsg.): *Entwicklungspsychologie* (433-456). Weinheim & Basel: Beltz.
- WHO (World Health Organization) (Hrsg.) (2011):** *ICF-CY Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*. Bern: Huber.
- Wilcock, A. (1998):** *An Occupational Perspective of Health*. Thorofare NJ: SLACK Incorporated.
- Wilcock, A., & Townsend, E. (2008):** Occupational justice. In: E. Crepeau, E. Cohn, B. Schell (Hrsg.): *Willard and Spackman's occupational therapy* (192-199). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Willis, G. (2004):** *Cognitive Interviewing: A Tool for Improving Questionnaire Design*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Windisch, R., & Zoßeder, J. (Hrsg.) (2006):** *Sozialwissenschaften in der Ergotherapie*. München: Elsevier Urban & Fischer.
- Winkelmann, I. (Hrsg.) (2009):** *Handwerk in der Ergotherapie*. Stuttgart & New York: Thieme.
- Wilkening, F., Freund, A., & Martin, M. (2009):** *Entwicklungspsychologie kompakt*. Weinheim & Basel: Beltz.
- Wittmann, S., Rauschenbach, T., & Leu, H. (Hrsg.) (2011):** *Kinder in Deutschland – eine Bilanz empirischer Studien*. Weinheim/München: Juventa.

**Yardley, L. (2008):** Demonstrating Validity in Qualitative Psychology. In: J. Smith (Edt.): *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods* (235-251). London: Sage.

**Zemke, R., & Clark, F. (Hrsg.) (1996):** *Occupational Science: The Evolving Discipline*. Philadelphia: FA Davis.

**Zerle, C. (2007):** Wie verbringen Kinder ihre Freizeit. In: C. Alt: *Kindererleben – Start in die Grundschule. Band 3: Ergebnisse aus der zweiten Welle*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

**Zimmer, R. (2011):** *Handbuch der Bewegungserziehung. Grundlagen für Ausbildung und pädagogische Praxis*. Freiburg: Herder.

**Zimmer, R. (2012):** *Handbuch Psychomotorik. Theorie und Praxis der psychomotorischen Förderung*. Freiburg: Herder.

**Zimmer, R., & Cicurs, H. (1995):** *Psychomotorik. Neue Ansätze im Sportförderunterricht und Sondernturnen*. Schorndorf: Karl Hofmann.

Zeitschriften

**Amorosa, H. (2011):** Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit für Kinder und Jugendliche. *Teilhabe*, 50(2): 60-65.

**AOTA - American Occupational Therapy Association (2008):** Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 2nd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*. 62(6): 625-683.

**AOTA – American Occupational Therapy Association (2014):** Occupational Therapy Practice Framework: Domain & Process 3rd Edition. *The American Journal of Occupational Therapy*. 68(Suppl1): 1-48.

**Bailliard, A. (2015):** Video methodologies in research: Unlocking the complexities of occupation: Les méthodologies de la vidéo dans la recherche: déverrouiller les complexités de l'occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1): 35-43.

**Ballinger, C., & Cavey, C. (1998):** Designing a Questionnaire: an Overview. *British Journal of Occupational Therapy*. 61(12): 547-550.

**Bartholomeyczik, S. (2007):** Einige kritische Anmerkungen zu standardisierten Assessmentinstrumenten in der Pflege. *Pflege*. 20(4): 211-217.

**Bauerschmidt, B., & Nelson, D. (2011):** The Terms *Occupation* and *Activity* Over the History of Official Occupational Therapy Publications. *American Journal of Occupational Therapy*. 65(3): 338-345.

**Ben-Shlomo, Y., & Kuh, D. (2002):** A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. *International Journal of Epidemiology*. 31: 285–293.

**Beyermann, G. (2006):** Professionalisierung und Klientenzentrierung – zur Kompatibilität zweier ergotherapeutischer Leitgedanken. *Ergosience*. (1): 92-99.

**Bollinger, Th. (2006):** Assessments werden zum ergotherapeutischen Werkzeug. *Ergotherapie & Rehabilitation*. (8): 12-15.

**Bowman, J., & Llewelly, G. (2002):** Clinical outcomes research from the occupational therapist's perspective. *Occupational Therapy International*. 9: 145-166.

**Brink, H. (1993):** Validity and Reliability in Qualitative Research. *Curations*. 16(2): 25-38.

**Brodthmann, D. (1996):** Kinder Bewegung Gesundheit – Was sind die wirklichen Risikofaktoren? – Eine sportpädagogische Widerrede. *Sportpädagogik*, 20(5): 6-11.

**Bruchmüller, K., & Schneider, S. (2012):** Fehldiagnose Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätssyndrom? Empirische Befunde zur Frage der Überdiagnostizierung. *Psychotherapeut*, 57: 77-89.

**Bryman, A. (2006):** Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? *Qualitative Research*, 6(1): 97-113.

**Chen, H., Tickle-Degnen, L., & Cermak, S. (2003):** The treatment effectiveness of top-down approaches for children with developmental coordination disorder: A meta-analysis. *Journal of Occupational Therapy*, 52(2): 111-117.

**Christakis, D., Zimmerman, F., DiGiuseppe, D., & McCarty, C. (2004):** Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics*, 113(4): 708-713.

**Christiansen, C., Clark, F., Kielhofner, G., Rogers, I., & Nelson, D. (1995):** Position paper: Occupation. *American Journal of Occupational Therapy*, 49(10): 1015-1018.

**Clark, C. (2009):** An Introduction to Interpretative Phenomenological Analysis: a Useful Approach for Occupational Therapy Research. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(1): 37-39.

**Cohen, J. (1960):** A coefficient for agreement for nominal scales. *Education and Psychological Measurement*, 20: 37-46.

**Coster, W. (1998):** Occupation-Centered Assessment of Children. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5): 337-344.

**Cotton, C., & Gresty, K. (2006):** Reflecting on the think aloud method for evaluation e-learning. *The British Journal of Educational Psychology*, 37: 45-54.

**Creek, J., & Bannigan, K. (2002):** Occupation and activity – a discussion. *Mental Health OT*, 7(1): 4-6.

**Creek, J. (2004):** Gesucht: eine Theorie der Aktivität. Vortrag auf dem Weltkongress der Ergotherapeuten 2002 in Stockholm. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 43(4): 25-28.

**Cronin-Davis, J., Butler, A., & Mayers, C. (2009):** Occupational Therapy and Interpretative Phenomenological Analysis: Comparable Research Companions? *British Journal of Occupational Therapy*, 72(8): 332-338.



- Curtin, C. (2001):** Eliciting children voices in qualitative research. *American Journal of Occupational Therapy*, 55: 295-302.
- Curtin, M., & Fossey, E. (2007):** Appraising the trustworthiness of qualitative studies: Guidelines for occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54: 88-94.
- Cusick, A., Vasquez, M., Knowles, L., & Wallen, M. (2005):** Effect of rater training on reliability of Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function scores. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 47: 39-45.
- Davis, J., Polatajko, H., & Ruud, Ch. (2002):** Children's Occupations in Context: The Influence of History. *Journal of Occupational Science*, 9(2): 54-64.
- Dunn, W., Brown, C., & McGuigan, A. (1994):** The Ecology of Human Performance: A Framework for Considering the Effect of Context. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7): 505-607.
- Ellert, U., Brettschneider, A.-K., & Ravens-Sieberer, U. (2014):** Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland: Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 57: 798-806.
- Embleton, A., & Spencer, K. (1997):** Interrater Reliability of the Technology Team Assessment Process. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(4): 297-302.
- Ericsson, K., & Simon, H. (1980):** Verbal reports as data. *Psychological Review*, 87(3): 215-251.
- Erlandson, K., Rögnvaldsson, T., & Eklund, M. (2004):** Recognition of Similarities: A methodological Approach to Analysing and Characterising Patterns of Daily Occupations. *Journal of Occupational Science*, (1): 3-13.
- Faddy, K., McClusky, A., & Lannin, N. (2008):** Interrater Reliability of a New Handwriting Assessment Battery for Adults. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(5): 595-599.
- Faux, S., Walsh, M., & Deatrick, J. (1988):** Intensive Interviewing with Children and Adolescents. *Western Journal of advanced Nursing*, 10 (2): 180-195.
- Fleiss, J. (1971):** Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychological Bulletin*, 76(5): 378-382.
- Fleming, M. (1991):** The therapist with the three-track mind. *American Journal of Occupational Therapy*, 45: 1016-1024.

**French, D., Schröder, C., & Van Oort, L. (2011):** What do people think about when they answer the brief illnesses questionnaire? A think aloud study. *British Journal of Health Psychology*, 16: 231-245.

**Fricke, J., & Darzius, S. (2006):** Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53: 246.

**Garnier, K. von., Stamm, T., Ewert, T., & Stucki, G. (2006):** Anwendung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) in der Ergotherapie. *Ergosience*, (1): 7-13.

**Gede, H., & Schmidt, S. (2004):** Kinder zu Wort kommen lassen. Teil I: Durchführung qualitativer Interviews mit Kindern. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 43(10): 15 – 20.

**George, S. (2012):** Hilfe im "Assessment-Dschungel": So finden Sie die passenden Verfahren. *Ergotherapie & Rehabilitation*, 51(1): 20-23.

**Gilfoyle, E. (1984):** Eleanor Clarke Slagle Lectureship, 1984: Transformation of a Profession. *The American Journal of Occupational Therapy*, 38(9): 575-584.

**Gray, J. (1998):** Putting Occupation Into Practice: Occupation as Ends, Occupations as Means. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(5): 354-364.

**Guan, Z., Lee, S., Cuddihy, E., & Ramey, J. (2006):** The Validity of the Stimulated Retrospective Think-Aloud Method as Measured by Eye Tracking. *CHI*: 1253-1262.

**Haglund, L., & Henriksson, C. (2003):** Concepts in occupational therapy in relation to the ICF. *Occupational Therapy International*, 10(4): 253-268.

**Hallgren, K. (2012):** Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol*, 8(1): 23-34.

**Hammel, K. (2009):** Sacred text: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76: 6-13.

**Hardt, J., & Hoffmann, S. (2006):** Kindheit im Wandel. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 55(4): 271-279.

**Hinojosa, J. (2007):** Becoming Innovators in an Era of Hyperchange. *The American Journal of Occupational Therapy*, 61: 629-637.

**Hocking, C. (2000):** Occupational Science: A stock take of accumulated insights. *Journal of Occupational Science*, (2): 58-67.

- Hölling, H., Schlack, R., Petermann, F., Ravens-Sieberer, U., & Mauz, E. (2014):** Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 57:807–819.
- Holtmann, M., & Schimmelmann, B. (2015):** DSM-5 – die Revisionen und ihre Implikationen für die Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 42: 81-83.
- Hucke, B. (2009):** Angestellte Ergotherapeuten in Deutschland – Ergebnisse einer Umfrage des DVE-. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 48 (10): 30-33.
- Illott, I., & Mounter, C. (2000):** Occupational Science: an impossible dream or an agenda for action. *British Journal of Occupational Therapy*, (5): 238-240.
- Ivey, C., Lane, S., & May-Benson, T. (2014):** Interrater Reliability and Developmental Norms in Preschoolers for the Motor Planning Maze Assessment (MPMA). *American Journal of Occupational Therapy*, 68(5):539-545.
- Junge, I. (2016):** Das “ZDF” der Ergotherapie – Zahlen, Daten und Fakten rund um die Ergotherapie in Deutschland (Teil1). *Ergotherapie & Rehabilitation*, 55(4): 31-35.
- Kendall, M., & Babington Smith, B. (1939):** The Problem of m Rankings. *The Annals of Mathematical Statistics*, 10(3): 275-287.
- Kielhofner, G., & Burke, J. (1980):** A Model of Human Occupation, Part 1. Conceptual Framework and Content. *American Journal of Occupational Therapy*, 34(9): 572-581.
- Kiernat, J. (1982):** Environment: The hidden modality. *Physical and Occupational Therapy in Gerontology*, 2(1): 3-12.
- King, D., & Curtin, M. (2014):** Occupational therapists’ use of advocacy in brain injury rehabilitation settings. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61: 446-457.
- Kjeken, I., & Lillemo, S. (2006):** Exploration of the link between occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health: A response from colleagues in Norway. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53: 142-143.
- Kjeken, I. (2012):** Measurement in occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19: 466-467.

**Kjellberg, A., Kahlin, I., Haglund, L., & Taylor, R. (2012):** The myth of participation in occupational therapy: reconceptualising a client-centred approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19: 421-427.

**Klompenerhouwer, P., Lysack, C., Dijkers, M., & Hammond, A. (2000):** The Joint Protection Behavior Assessment: A Reliability Study. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(5): 516-524.

**Knorr-Cetina, K. (1989):** Spielarten des Konstruktivismus. *Soziale Welt*, 40: 89-96.

**Koch, U., & Buschmann-Steinhage, R. (2004):** Zum Verständnis und zu den Voraussetzungen der Rehabilitationswissenschaften in Deutschland. *Deutsche Rentenversicherung*, 5: 263-272.

**Kottner, J., Audige, L., Brorson, S., Donner, A., Gajewski, B., Hróbjartsson, A., ... Streiner, D. (2011):** Guidelines for Reporting Reliability and Agreement Studies (GRRAS) were proposed. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64: 96-106.

**Krahmer, E., & Ummelen, N. (2004):** Thinking About Thinking Aloud: A Comparison of Two Verbal Protocols for Usability Testing. *IEE Transactions On Professionals Communication*, (47)2: 105-117.

**Kraus, E. (2009):** Pädiatrische Assessments für die Ergotherapie. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 48(4): 23-24.

**Kupitz, A., Mühlenstrodt, L., & Sievering, J. (2013):** Betätigungsfelder von 7- und 8-jährigen Kindern. Eine Delphie-Befragung zur Weiterentwicklung des PEAP (Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment und Prozessinstrument). *ergosience*, 8(4): 134-141.

**Lange, A. (1995):** Eckpfeiler der sozialwissenschaftlichen Analyse von Kindheit heute. *Sozialwissenschaftliche Literatur Rundschau*, Heft 30: 55-68.

**Law, M. (1991a):** Muriel Driver Memorial Lecture: The environment: A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58: 171-180.

**Law, M. (1991b):** The environment. A focus for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 58: 171-179.

**Law, M., Polatajko, H., Pollock, N., McColl, M., Carswell, A., & Baptiste, S. (1994):** The Canadian Occupational Performance Measure: results of pilot testing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 61: 191-197.

- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996):** The Person-Environment-Occupation Model: A transaktive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1): 9-23.
- Legendre, P. (2005):** Species associations: The Kendall coefficient of concordance revisited. *Journal of Agricultural, Biological, and Environmental Statistics*, 10(2): 226 – 245.
- Letts, L., Law, M., Rigby, P., Cooper, B., Stewart, D., & Strong, S. (1994):** Person-Environment Assessments in Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(7): 608-618.
- Levine, R. (1987):** The Influence of the Arts-and-Crafts Movement on the Professional Status of Occupational Therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(4): 248-254.
- Longrée, A., & Junge, I. (2014):** Das DVE-Bildungskonzept. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 53(12): 32 – 35.
- May, S., Littlewood, C., & Bishop A. (2006):** Reliability of procedures used in the physical examination of non-specific low back pain: A systematic review. *Australien Journal of Physiotherapie*, 52(2): 91-102.
- McGraw, K., & Wong, S. (1996):** Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1: 30-46.
- McPherson, M., Arango, P., Fox, H., Lauver, C., McManus, M., Newacheck, P., ... Strickland, B. (1998):** A new definition of children with special health care needs. *Pediatrics*, 102(1):137–140.
- Morris, C., Kurinczuk, J., Fitzpatrick, R., & Rosenbaum, P. (2006):** Reliability of the Manual Ability Classification System for children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48: 950-953.
- Morriss, R., Morven, L., Chatwin, J., & Baldwin, D. (2008):** Inter-rater reliability of the Hamilton Depression Rating Scale as a diagnostic and outcome measure of depression in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3): 204-213.
- Nelson, D. (1988):** Occupation: Form and performance. *American Journal of Occupational Therapy*, 42: 633-641.
- Nielsen, J., Clemmensen, T., & Yssing, C. (2002):** Getting access to what goes on in people's heads? – Reflections on the think-aloud technique, *NordiCHI*. (10): 101-110.

- Nott, M., Chapparo, C., & Heard, R. (2009):** Reliability of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis: A criterion-referenced assessment, *Australian Occupational Therapy Journal*, 56: 307-314.
- Ogden, J., & Russell, S. (2012):** How Black women make sense of 'White' and 'Black' fashion magazines: A qualitative think aloud study. *Journal of Health Psychology*, 18(12): 1588 – 1600.
- Payne, S. (2002):** Standardised tests: an appropriate way to measure the outcome of paediatric occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 56(3): 117-122.
- Petermann, F. (2003):** Verhaltensmedizin und chronische Erkrankungen im Kindesalter. *Psychologische Rundschau*, 53 (4): 294-204.
- Peters, E., Pritzkeleit, R., Beske, F., & Katalinic, A. (2010):** Demographischer Wandel und Krankheitshäufigkeiten. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 53 (5): 417-426.
- Pierce, D. (2005):** The Usefulness of Video Methods for Occupational Therapy and Occupational Science Research. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(1):9-19.
- Pinquart, M. (2001):** Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 16: 414-426
- Polatajko, H., Davis, J., Hobson, S., Landry, J., Mandich, A., Street, S., ... Yee, S. (2004):** Meeting the responsibility that comes with the privilege: Introducing a taxonomic code for understanding occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5): 261-264.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007):** Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50: 871-878.
- Ravens-Sieberer, U., Erhart, M., Wille, N., & Bullinger, M. (2008):** Health-related quality of life in children and adolescents in Germany: results of the BELLA study. *Euro Child Adolesc Psychiatry*, 17: 148-156.
- Rebeiro, K. (2001):** Enabling occupation: The importance of an affirming environment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68: 80-89.
- Reichel, K., Marotzki, U., & Schiller, S. (2009a):** Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland, Teil 1 – eine nationale und internationale Bestandsaufnahme. *Ergosience*, 4: 56-70.

**Reichel, K., Marotzki, U., & Schiller, S. (2009b):** Ethische Standards für ergotherapeutische Forschung in Deutschland – Teil 2: Mögliche Ebenen der Anwendung und Umsetzung. *Ergosience*, 4: 98-106.

**Reid, K., Flowers, P., & Larkin, M. (2005):** Exploring lived experience. *The Psychologist*, (18)1: 20-23.

**Reynolds, F. (2003):** Exploring the Meanings of Artistic Occupation for Women Living with Chronic Illness: a Comparison of Template and Interpretative Phenomenological Approaches to Analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(12): 551-558.

**Rogers, J., & Holm, M. (1991):** Occupational therapy diagnostic reasoning: A component of clinical reasoning. *American Journal of Occupational Therapy*, 45: 1045-1053.

**Romein, E., & Espei, A. (2007):** Eine betätigungsorientierte Befundstruktur für die Pädiatrie. Die Ergebnisse der DVE-Arbeitsgruppe „Pädiatrisches Assessment (P-Ass)“. *Ergotherapie und Rehabilitation*, 46(2): 14-20.

**Schaber, P., Stallings, E., Brogan, C., & Ali, F. (2016):** Interrater Reliability of the Revised Cognitive Performance Test (CPT): Assessing Cognition in People With Neurocognitive Disorder. *American Journal of Occupational Therapy*, 70(5): 7005290010p1-7005290010p6.

**Scheidt-Nave, C., Ellert, U., Thyen, U., & Schlaud, M. (2007):** Prävalenz und Charakteristika von Kindern und Jugendlichen mit speziellen Versorgungsbedarf im Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 50(5/6): 750-756.

**Schirilla, N. (2009):** Islam und soziale Gerechtigkeit. Themenschwerpunkt Islam. *Migration und Soziale Arbeit*, (1): 41-45.

**Schlote, A., Krüger, J., Topp, H., & Wallesch, C. (2004):** Inter-Rater-Reliabilität des Barthel-Index, Activity-Index und Nottingham Extended Activities of Daily Living: Die Anwendung von ADL-Instrumenten in der Schlaganfallrehabilitation durch Mediziner und Nichtmediziner. *Die Rehabilitation*, 43(2): 75-82

**Schochat, T., Voigt-Radloff, S., & Heiss, H. (2002):** Psychometrische Testung des Ergotherapeutischen Assessments. *Gesundheitswesen*, 64: 343-352.

**Schuntermann, M. (2003):** Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Deutsche Rentenversicherung*, 1-2: 52–59.

- Seale, C. (1999):** Quality in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 5(4): 465-478.
- Seale, C., & Silverman, D. (1997):** Ensuring rigour in qualitative research. *European Journal of Public Health*, 7: 379-384.
- Seidel, M. (2005):** Die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. *Nervenarzt*, 76: 79-92.
- Shinebourne, P. (2011):** The Theoretical Underpinnings of Interpretative Phenomenological Analysis (IPA). *Existential Analysis*, 22(1): 16 – 30.
- Shrout, P., & Fleiss, J. (1979):** Intraclass correlation: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86: 420-428.
- Smith, J. (1996):** Beyond the divide between cognition and discourse: Using interpretative phenomenological analysis in health psychology. *Psychology & Health*, 11(2): 261-271
- Smith, J. (2011):** Evaluating the Contribution of Interpretative Phenomenological Analysis. *Health Psychology Review*, 5(1), 9–27.
- Smyth, G., Harries, P., & Dorer, G. (2011):** Exploring Mental Health Service Users` Experiences of Social Inclusion in their Community Occupations. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(7): 323-331.
- Sorsdahl, A., Moe-Nilssen, R., & Strand, L. (2008):** Observer reliability of the Gross Motor Performance Measure and the Quality of Upper Extremity Skills Test, based on video recordings. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 50: 146-151.
- Spiros, M., O'Mahoney, P., & Malone, J. (2011):** Interrater Reliability of the Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function for Children With Hemiplegic Cerebral Palsy. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(4):378-383.
- Stadler-Grillmaier, J. (2007):** ENOTHE-Projekt „ET-Fachterminologie“ – Beitrag zur Entwicklung einer (deutschen) Fachsprache in der Ergotherapie, *Ergosience*. 2: 100-106.
- Stamm, T., Cieza, A., Machold, K., Smolent, J., & Stucki, G. (2006):** Exploration of the link between conceptual occupational therapy models and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53: 9–17.
- Stein, R. (2013):** Kritik der ICF-CY – Eine Analyse im Hinblick auf die Klassifikation von Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Heilpädagogik*, (3): 106-115.



**Stucki, G., Cieza, A., Ewert, T., Kostanjsek, N., Chatterji, S., Ustün, T. (2002):** Application of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in Clinical Practice. *Disabil Rehabil*, 24(5): 281-282.

**Tashakkori, A., & Creswell, J. (2007).** Exploring the nature of research questions in mixed methods research [Editorial]. *Journal of Mixed Methods Research*, 1(3), 207-211.

**Trombly, C. (1993):** Anticipating the Future: Assessment of Occupational Function. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(3): 253-257.

**Tzandiaki, D., & Reynolds, F. (2011):** Exploring the Meaning of Making Traditional Arts and Crafts among Older Women in Crete, Using Interpretative Phenomenological Analysis. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(8): 375-382.

**Unsworth, C. (2000):** Measuring the outcome of occupational therapy: Tools and resources. *Australian Occupational Therapy Journal*, 47: 147-158.

**Unsworth, C. (2004):** Clinical reasoning: Hoc do pragmatic reasoning, wordview and client-centredness fit? *British Journal of Occupational Therapy*, 67: 10-19.

**Voigt-Radloff, S. (2007):** Das Ergotherapeutische Assessment: Praktikabilitätsstudie zum Selbsteinschätzungsbogen für Alltagstätigkeiten. *ergosience*, 2(2): 66-72.

**Webber, G. (1995):** Occupational therapy: a postmodernist perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 58(10): 439-440.

**Weinstock-Zlotnick, G., & Hinojosa, J. (2004):** Bottom-Up or Top-Down Evaluation: Is One Better Than the Other. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(5): 594-599.

**Whiteford, G. (2000):** Occupational deprivation: global challenge in the new millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63: 200-205.

**Wild, F. (2012):** Medikamentöse Behandlung der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Eine Analyse der Verordnungen von Methylphenidat und Atomoxetin bei PKV- und GKV-Versicherten. *Deutsches medizinisches Wochenschriften*, 137(10): 137-140.

**Yardley, L. (2000):** Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, 15(2): 215-228.

**Zilberbrant, A., & Mandich, A. (2005):** Enabling a sense of doing in children. *OT now*, 7(2): 19-21.

**Zimmer, R., & Dzikowski P. (2007):** Sozialkompetenz stärken – Ein Beitrag aus dem Projekt „Bewegungs- und Gesundheitsförderung in Kindertagesstätten“. *Motorik*, 30: 35-43.

Internet

**APA - American Psychiatric Association (2013):** *About DSM-5*. Abgerufen von <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx> (6.11.2013)

**AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (2013):** Leitlinien zu psychischen Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter (S2k). Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Abgerufen von [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/028-041l\\_S2k\\_Psychische\\_Stoerungen\\_Saeugling\\_Kleinkind\\_Vorschulalter\\_2013-10.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/028-041l_S2k_Psychische_Stoerungen_Saeugling_Kleinkind_Vorschulalter_2013-10.pdf) (16.01.2017)

**Baumann, T., Schneider, C., Vollmar, M., & Wolters, M. (2012):** *Schulen auf einen Blick*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen von [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/Broschuer\\_eSchulenBlick0110018129004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Schulen/Broschuer_eSchulenBlick0110018129004.pdf?__blob=publicationFile) (12.12.2016)

**Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz (1999):** *Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten (Ergotherapeuten-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung - ErgThAPrV)*. Abgerufen von <https://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/ergthapr/gesamt.pdf> (15.11.2016)

**Bundespsychotherapeuten Kammer (BPtK) (2007):** *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen - Herausforderung für Sozial- und Bildungspolitik*. Publikation der Bundespsychotherapeuten Kammer: Berlin. Abgerufen von [www.bptk.de/service/suche.html?tx\\_indexedsearch\[sword\]=Psychische%20Gesundheit%20von%20Kind](http://www.bptk.de/service/suche.html?tx_indexedsearch[sword]=Psychische%20Gesundheit%20von%20Kind) (16.02.2013)

**Center for Universal Design (2008):** *About Universal Design*. Abgerufen von [http://www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/about\\_ud/about\\_ud.htm](http://www.ncsu.edu/www/ncsu/design/sod5/cud/about_ud/about_ud.htm) (24.05.2013)

**Conrad, F., Blair, J., & Tracy, E. (2008):** *Verbal Reports Are Data! A Theoretical Approach to Cognitive Interviews*. Abgerufen von <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.455.3306&rep=rep1&type=pdf> (24.01.2017)

**COPM – Canadian Occupational Performance Measure:** Learn to Use the COPM. Abgerufen von <http://www.thecopm.ca/learn/> (5.1.2017).

**Deutsche Rentenversicherung (2016):** *Was sind Rehabilitationswissenschaften?* Abgerufen von [http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3\\_Infos\\_fuer\\_Experten/01\\_Sozialmedizin\\_Forschung/03\\_reha\\_wissenschaften/02\\_wissenschaften\\_forschungsbedarf/was\\_sind\\_rehawissenschaften\\_node.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Navigation/3_Infos_fuer_Experten/01_Sozialmedizin_Forschung/03_reha_wissenschaften/02_wissenschaften_forschungsbedarf/was_sind_rehawissenschaften_node.html) (05.12.2016)

**Deutscher Verband der Ergotherapeuten – DVE (2007):** Definition. Abgerufen von <https://dve.info/ergotherapie/definition#> (11.4.2015)

**DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information & WHO Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen (Hrsg.) (2005):** *ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Abgerufen von [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf\\_endaussage-2005-10-01.pdf](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf) (17.09. 2014)

**DIMDI- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2016):** *Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version2017*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2017/index.htm> (12.12.2016)

**DIMDI - Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2017):** *ICD-10-WHO*. Abgerufen von <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/index.htm> (16.02.17)

**DRGW - Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (n.d.):** *Bestandaufnahme und Zukunft der Rehabilitationsforschung in Deutschland. Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.* Abgerufen von [http://www.dgrw-online.de/files/expertise\\_langfassung.pdf](http://www.dgrw-online.de/files/expertise_langfassung.pdf) (17.01.2017)

**Flaschel, C. (2009):** Ergotherapie bei Kindern. Zusammenfassung der Ergebnisse einer Online-Befragung von Ergotherapeuten vom 10.09.2009 bis 14.10.2009 im Rahmen einer Masterarbeit an der Fachhochschule Magdeburg-Stendal. Hochschule Magdeburg-Stendal & wissenschaftliches Institut der AOK. Aberufen von [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_heil\\_hilfsmittel/wido\\_hei\\_onlinebef-ergo\\_0211.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_onlinebef-ergo_0211.pdf) (16.01.2017)

**Gebhard, B., Finne, E., Rahden, O. von, & Kolip, P. (2008):** ADHS bei Kindern und Jugendlichen. *Befragungsergebnisse und Auswertungen von Daten der Gmünder Ersatzkasse GEK*. St. Augustin: Asgard. Abgerufen von

[https://www.bptk.de/uploads/media/20081015\\_adhs\\_bei\\_kindern\\_und\\_jugendlichen\\_gek-report.pdf](https://www.bptk.de/uploads/media/20081015_adhs_bei_kindern_und_jugendlichen_gek-report.pdf) (21.03.2013)

**George, S., Sauer, K., & Tholen, K. (2012):** Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen und Verhaltensstörungen (62-82). In: C. Kemper, K. Sauer, G. Glaeske: *BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012*. Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse Band 6. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH. Abgerufen von

<https://www.presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/120918-PK-Heil-und-Hilfsmittel-2012/PDF-Report-Heil-und-Hilfsmittel-2012,property=Data.pdf> (21.03.2013)

**Heilmittelkatalog (2011):** *Heilmittelkatalog 2011*. 1. Auflage auf Basis der geltenden Heilmittelrichtlinien 2011. Abgerufen von

<http://www.heilmittelkatalog.de/> (13.05.2013)

**Heyden R. von. (2013):** Berufliche Schlüsselprobleme als Grundlage einer kompetenzorientierten Fachdidaktik *Ergotherapie. Berufs- und Wirtschaftspädagogik online*. Abgerufen von [http://www.bwpat.de/ausgabe24/heyden\\_bwpat24.pdf](http://www.bwpat.de/ausgabe24/heyden_bwpat24.pdf) (23.01.2017)

**Hofe, J. von. (2008):** Von erkälteten Köpfen und geplatzten Gallenblasen. *Aktion Mensch Pressezentrum*. Abgerufen von

<http://presse.aktion-mensch.de/pressestelle/pressemitteilungen/details.php?nid=32> (21.05.2013)

**Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012):** *Was sind Heilmittel*. Abgerufen von: <http://www.kbv.de/vl/14117.html> (13.05.2013)

**Kelle, U. (2001):** Sociological Explanations between Micro and Macro and the Integration of Qualitative and Quantitative Methods. *Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 2(1), Art. 5. Abgerufen von:

<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/966/2108> (30.08.2016).

**Kemper, C., Sauer, K., & Glaeske, G. (2012):** BARMER GEK Heil- und Hilfsmittelreport 2012. *Schriftreihe zur Gesundheitsanalyse Band 6*. Siegburg: Asgard Verlagsservice GmbH. Abgerufen von <http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2012/120918-PK-Heil-und-Hilfsmittel-2012/PDF-Report-Heil-und-Hilfsmittel-2012,property=Data.pdf> (21.03.2013)

**Kienholz, R. (2005):** Türkei: Rückkehr einer alleinstehenden kurdischen, des unehrenhaften Verhaltens beschuldigten Frau mit schwerst mehrfachbehindertem Kind. *Gutachten der*

*Schweizerischen Flüchtlingshilfe, Länderanalyse.* Abgerufen von <http://www.fluechtlingshilfe.ch/.../tuerkei/tuerkei...behindertem> (21.05.2013)

**KIGGS (2016):** *Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.* Abgerufen von <http://www.kiggs-studie.de/deutsch/home.html> (09.12.2016)

**Mayring, Ph. (2001):** Kombination und Integration qualitativer und quantitativer Analyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*. Volumen 2, No. 1. Art.6. Abgerufen von <http://www.qualitative-research.net/fqs> (23.02.2011)

**Müller, J. (1999):** Verdeckte Spuren: Kinder und Jugendliche als Opfer der NS-Verfolgung (Teil 1) durch Euthanasie – in Erziehungsheimen – Jugendgefängnissen – Arbeitslagern – Jugend-KZ.. *Zeitschrift des Zeitgeschichtemuseums*. Ebensee, 43. Abgerufen von [http://www.heimkinder-ueberlebende.org/Kinder\\_und\\_Jugendliche\\_als\\_Opfer\\_in\\_Erziehungsheimen\\_No1.html](http://www.heimkinder-ueberlebende.org/Kinder_und_Jugendliche_als_Opfer_in_Erziehungsheimen_No1.html) (18.03.2013)

**Müller, T. (2013):** DSM-5 im Überblick: Eine neue Landkarte für die Seele. *ÄrzteZeitung*. Springer Medizin. Abgerufen von [http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische\\_krankheiten/article/841448/dsm-5-ueberblick-neue-landkarte-seele.htm](http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/841448/dsm-5-ueberblick-neue-landkarte-seele.htm) (06.11.2013)

**Ravens-Sieberer, U. (2013):** Die Bella Studie auf einen Blick. *Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychotherapie u. -psychosomatik, Forschungsgruppe „Child Public Health“.* Abgerufen von <http://www.bella-study.org/new-version/die-bella-studie-auf-einen-blick> (16.02.2013)

**Reich, K. (n.d.):** Kindheit als Konstrukt oder die Konstruktion der Kinder? Abgerufen von [www.uni-koeln.de/hf/konstruktion/reich\\_works/aufsatz/reich\\_51.pdf](http://www.uni-koeln.de/hf/konstruktion/reich_works/aufsatz/reich_51.pdf) (27.03.2017)

**Schreier, M. (2014):** Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. 15(1), Art. 18. Abgerufen von <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3636> (27.01.2017).

**Statistisches Bundesamt (2009):** *Bevölkerung Deutschlands bis 2060 12. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Abgerufen von [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/BevoelkerungDeutschland2060Presse5124204099004.pdf?__blob=publicationFile) (19.12.2016)

**UN-Kinderrechtskonvention (1989):** *Übereinkommen über die Rechte des Kindes*. Abgerufen von [http://www.unicef.de/fileadmin/content\\_media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf](http://www.unicef.de/fileadmin/content_media/Aktionen/Kinderrechte18/UN-Kinderrechtskonvention.pdf) (12.05.2013)

**Waltersbacher, A. (2016):** *Heilmittelbericht 2016 –Ergotherapie – Sprachtherapie- Physiotherapie- Podologie*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK. Abgerufen von [http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf\\_heil\\_hilfsmittel/wido\\_hei\\_hmb16\\_1216.pdf](http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_heil_hilfsmittel/wido_hei_hmb16_1216.pdf) (16.01.2017)

**WHO – World Health Organisation (1986):** *Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung*. Abgerufen von [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0006/129534/Ottawa\\_Charter\\_G.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf) (05.03.2013)

**WHO & DIMDI (Hrsg.) (2005):** *ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit*. Genf: WHO. Abgerufen von [http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf\\_endfassung-2005-10-01.pdf?action=Ich%20akzeptiere](http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endfassung/icf_endfassung-2005-10-01.pdf?action=Ich%20akzeptiere) (08.03.2013)

**WMA - World Medical Association (2013):** *WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Abgerufen von <http://www.wma.net/en/20activities/10ethics/10helsinki/DoH-Oct2013-JAMA.pdf> (24.02.2016)

### Sonstige Dokumente

**Behrens, M. (2010):** *Die Bedeutung von Körper und Bewegung für die kindliche Resilienz. Psychomotorik als Beitrag zum Aufbau des Selbstwertgefühls bei sozial ängstlichen Kindern . Eine empirische Erhebung in Kasuistiken.* Köln: Dissertationsschrift an der Humanwissenschaftlichen Fakultät.

**Beyer, I. (2003):** *Unser Kind ist ein Geschenk; Türkische Familien mit einem geistig behinderten Kind in Deutschland.* Bundesvereinigung Lebenshilfe Marburg/Berlin: Lebenshilfe.

**BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2009):** *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 13.* Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung.

**BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2013):** *Bericht über die Lebenssituation junger Menschen und die Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland – 14.* Kinder- und Jugendbericht – und Stellungnahme der Bundesregierung.

**Brasseit, U., & Walter, U. (2005):** *Rechtliche Rahmenbedingungen, Wahrnehmung und Umsetzung ergotherapeutischer Behandlungstätigkeit in Deutschland* - Expertise im Auftrag des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten e.V. Medizinischen Hochschule Hannover: Abteilung Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung.

**Breuer, J., & Piso, B. (2013):** *Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Literaturübersicht zu Indikationen, Inanspruchnahme und Empfehlungen.* HTA- Projektbericht 70. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

**Büscher, S., Mester, D., & Wilbers, S. (2007):** *Kids Activity Cards.* Neue Reihe Ergotherapie, Pädiatrie. Idstein:Schulz-Kirchner.

**DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2005):** *Ethikkodex und Standards zur beruflichen Praxis der Ergotherapie.* Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

**DVE - Deutscher Verband der Ergotherapeuten (2012):** *Perspektiven DVE/Ergotherapie 2020.* Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten e.V.

**Grunenberg, H. (2001):** *Die Qualität qualitativer Forschung. Eine Metaanalyse erziehungs- und sozialwissenschaftlicher Forschungsarbeiten.* Unveröffentlichte Diplomarbeit. Marburg: Universität Marburg - Fachbereich Erziehungswissenschaften.

**Hohn, B. (2010):** *Die Anwendung untersuchender Verfahren in ergotherapeutischen Praxen in Deutschland.* Unveröffentlichte Masterthesis. Krems: Donau Universität - Department für klinische Medizin und Präventionsmedizin.

**Hurrelmann, K. (2013):** *Macht moderne Gesellschaft krank? Herausforderungen im Jugendalter.* Online-Veranstaltung der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft. Berlin: Hertie School of Governance.

**Kaatz, R. (2008):** *Schlüsselbetätigungen bei 3-10 jährigen Kindern in den Bereichen Selbstversorgung, Produktivität und Freizeit.* Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Berlin: Alice-Salomon Hochschule.

**Karabin, G. (2015):** *Strategien der Verständnissicherung zwischen Ergotherapeutin und Kind im Rahmen der Befunderhebung durch das PEAP Assessment. Eine qualitative Videoanalyse.* Unveröffentlichte Masterarbeit. Hildesheim/Holzminden/Göttingen: Hochschule für Angewandte Wissenschaft und Kunst.

**Kennedy-Behr, A., Kraus, E., Rottmann, K., & Voigt-Radloff, S. (2008):** *Developing a paediatric occupation-based assessment: Paediatric Occupational Therapy Assessment.* Unveröffentlichte Präsentation. CD-Rom. Karlsbad: Deutscher Verband der Ergotherapeuten (DVE).

**Kramer, J. (2008):** *Mixed methods approach to building validity evidence: The Child Occupational Self Assessment.* Unveröffentlichte Doktorarbeit. Chicago: University of Illinois.

**Kraus, E., & Romein, E. (2013):** *Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment & Prozessinstrument Für Kinder von 5 bis 8 Jahren.* Handbuch. Unveröffentlichte Arbeitsversion

**Kurz, R. (2009):** *Erfassung des Betätigungskontextes von 4-10 jährigen Kindern im Rahmen des Pädiatrischen Ergotherapie Assessments (PEA).* Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Berlin: Alice-Salomon Hochschule.

**Mandich, A., Polatajko, H., Miller, L., & Baum, C. (2004):** *PACS, Paediatric Activity Card Sorts.* Ottawa/Ontario: CAOT Publication ACE.

**MAXQDA (2015):** *Referenzhandbuch MAXQDA für Windows 12.* Berlin: VERBI Software. Consult. Sozialforschung.

**Mendez, L., & Neufeld, J. (2003):** *CLINICAL REASONING. What is it and why should I care?* Ottawa: CAOT Publications ACE.



**Merklein de Freitas, C. (2013):** Umsetzung betätigungsorientierten Arbeitens bei deutschen ErgotherapeutInnen eine Interpretative Phänomenologische Analyse. Unveröffentlichte Masterarbeit. Wien: Fachhochschule FH Campus.

**Piso, B., & Breuer, J. (2013):** *Ergotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Literaturübersicht zu Indikationen, Inanspruchnahme und Empfehlungen. HTA-Projektbericht. 2013.* Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Health Technology Assessment.

**Prein, G., Kelle, U., & Kluge, S. (1993):** *Strategien zur Integration quantitativer und qualitativer Auswertungsverfahren.* Arbeitspapier Nr. 19; Bremen: Der Vorstand des Sfb 186.

**Pro Retina (2004):** *Retinitis Pigmentosa (PR) Was ist das?* – Eine Informationsschrift für und von Patienten mit tapetoretinaler Degeneration. Aachen: PRO RETINA Deutschland e.V.

**Prüfer, P., & Rexroth, M. (2005):** *Kognitive Interviews.* ZUMA How-to-Reihe Nr. 15.

**Robert-Koch Institut (2015):** Welche Auswirkungen hat der demografische Wandel auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung? In: Robert Koch Institut (Hrsg.): *Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.* (435-455). Berlin: RKI und Destatis.

**Traut, S. (2011):** *PEAP – Pädiatrisches Ergotherapeutisches Assessment und Prozessinstrument: Eine Auswertung zur Interrater-Reliabilität über die Betätigungsfelder.* Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Berlin: Alice-Salomon Hochschule Berlin.

**Spielbichler, C. (2015):** *Interrater Reliability of the PEAP (Pediatric Occupational Assessment and Process Instrument) Based on Video Recordings.* Unveröffentlichte Masterarbeit Fachhochschule FH Campus Wien.

**Voigt-Radloff, S., Akkard, H., & Seume, C. (2003):** *Das Ergotherapeutische Assessment. Ein validiertes Instrument zur ergotherapeutischen Diagnostik, Therapieplanung und Evaluation.* Zentrum für Geriatrie und Gerontologie Freiburg (ZGGF), Universitätsklinikum: Freiburg.

# ANLAGEN

# Anlagen

## Anlage 1: Stammdatenbogen



### Stammdatenbogen für das PEAP | 1.4

Wird von der Einrichtung ausgefüllt

Name des Kindes:	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Überweisungsdatum:	Erfassungsdatum:	
Therapeutin/Therapeut:		
Überweisungsdiagnose:		
Eventuelle Nebendiagnose:		

Wird von den Eltern ausgefüllt

**Vorstellungsgrund:**

Telefonnummer: E-Mail:

- Ihr Kind geht in den/die** ☐ Kindergarten ☐ Vorschule ☐ Schule ☐ Kita  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- In welchem sozialen Umfeld lebt Ihr Kind?** Es können mehrere Kästchen angekreuzt werden.  
☐ bei beiden Eltern ☐ bei den Großeltern  
☐ bei der Mutter mit/ohne Partner ☐ beim Vater mit/ohne Partnerin  
☐ im Hort ☐ bei einer Tagesmutter ☐ in der Kita ☐ bei Freunden ☐ bei den Nachbarn  
☐ bei Pflegeeltern ☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Es leben (Anzahl)** \_\_\_\_\_ Personen in dem Haushalt (Mutter, Vater etc.): \_\_\_\_\_
- Hat Ihr Kind Geschwister?** ☐ Nein ☐ Ja (Anzahl, Geschlecht, Alter und Besonderheiten): \_\_\_\_\_
- Wer sind die engsten Bezugspersonen Ihres Kindes?**  
☐ Mutter ☐ Vater ☐ Bruder \_\_\_\_\_ ☐ Schwester \_\_\_\_\_  
☐ Großmutter ☐ Großvater ☐ Onkel ☐ Tante ☐ Cousine/Cousin ☐ Freunde ☐ Nachbarn  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- In welchem physischen Umfeld lebt Ihr Kind?** Es können mehrere Kästchen angekreuzt werden.  
☐ **Haus:** ☐ ebenerdig ☐ mehrstöckig ☐ **Wohnung:** ☐ Erdgeschoss ☐ \_\_\_\_\_ Stock  
 Das Haus/die Wohnung hat: ☐ 2-3 Zimmer ☐ 4-5 Zimmer ☐ mehr Zimmer ☐ Garten ☐ Aufzug ☐ Treppe  
 Das Kind ☐ hat ein eigenes Schlafzimmer ☐ teilt das Schlafzimmer mit: \_\_\_\_\_  
☐ Sonstiges: \_\_\_\_\_
- Wurde oder wird Ihr Kind therapeutisch behandelt?** ☐ Nein  
☐ Ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Art der Therapie: \_\_\_\_\_  
☐ Ja, seit \_\_\_\_\_ Art der Therapie: \_\_\_\_\_  
**Unterlagen/Berichte:** ☐ gibt es nicht ☐ werden nachgereicht ☐ liegen bei \_\_\_\_\_  
**Nimmt Ihr Kind zurzeit Medikamente ein?** ☐ Nein ☐ Ja: \_\_\_\_\_

## Anlage 2: Bewertung der 15 Betätigungsfelder Kind



Erfassungsbogen | 2.1

5-6

## Bewertung der 15 Betätigungsfelder

Altersgruppe: 5,0 – 6,11 Jahre (Kindergarten/Vorschule bis erstes Schuljahr)

Name des Kindes:	Geburtsdatum:	Alter:
Therapeutin/Therapeut:		
<input type="checkbox"/> Ersterhebung/Datum:	<input type="checkbox"/> Zweiterhebung/Datum:	

Bewertung durch Klientengruppe: Wer wird befragt?	1.	(z. B. Kind)
	2.	(z. B. Mutter, Vater)
	3.	(z. B. Lehrer/Lehrerin)

## Legende zur Bewertungsskala

Das **Ausmaß** des Problems wird anhand der 4 Hauptkategorien mit einem Kreuz (X) in der entsprechenden Spalte bewertet:

I –	+ II –	+ III –	+ IV	N
<b>KEIN Problem:</b> Das Kind führt die Betätigung aus Ihrer Sicht <b>zufriedenstellend</b> aus.	<b>LEICHTES Problem:</b> Das Kind führt die Betätigung aus Ihrer Sicht zum <b>größten Teil</b> zufriedenstellend aus.	<b>DEUTLICHES Problem:</b> Das Kind führt die Betätigung aus Ihrer Sicht zum <b>geringen Teil</b> zufriedenstellend aus.	<b>MASSIVES Problem:</b> Das Kind führt die Betätigung aus Ihrer Sicht <b>gar nicht oder mit großen Problemen</b> aus.	Betätigungen sind derzeit nicht beurteilbar oder für den Klienten nicht relevant.

Entspricht ein Betätigungsfeld dem Schweregrad der einen oder anderen Hauptkategorie nicht eindeutig, kann eine Zwischenkategorie mit + oder – eingetragen werden.

Die **Wichtigkeit** wird für jedes problematische Betätigungsfeld (Problemausmaß II + bis IV) anhand einer Vierer-Skala bewertet:

1 NICHT WICHTIG	2 ETWAS WICHTIG	3 WICHTIG	4 SEHR WICHTIG
--------------------	--------------------	--------------	-------------------

5-6

## SELBSTVERSORGUNG



Zutreffendes mit einem X oder + bzw. – kennzeichnen

Betätigungs- feld	Klientenbewertung			Inhalte des Betätigungsfeldes	Bewertung Therapeutin	Gesamt- bewertung
	1.	2.	3.			
	I II III IV N	I II III IV N	I II III IV N			
<b>1. Essen und trinken</b> Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> Kulturell akzeptable Weise <input type="checkbox"/> Angemessene Menge <input type="checkbox"/> Angemessene Zeiten <input type="checkbox"/> Nahrung vorbereiten <input type="checkbox"/> Besteck sicher benutzen <input type="checkbox"/> Auf Sauberkeit achten <input type="checkbox"/> Nahrung zum Mund führen <input type="checkbox"/> Beißen, kauen, schlucken	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					<input type="checkbox"/> von 8 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>2. Sich an- und ausziehen</b> Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> Richtige Reihenfolge <input type="checkbox"/> Richtig herum anziehen <input type="checkbox"/> Verschlüsse öffnen und schließen <input type="checkbox"/> Schnürsenkel binden (ab 6) <input type="checkbox"/> Kleidung passend zur Aktivität wählen (ab 6) <input type="checkbox"/> Umziehen für Sport und Schwimmbad (ab 6)	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					<input type="checkbox"/> von 6 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>3. Auf die Toilette gehen</b> Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> Rechtzeitig zur Toilette gehen (auch nachts) <input type="checkbox"/> Aus- und ankleiden <input type="checkbox"/> Toilette sauber benutzen <input type="checkbox"/> Intimbereich säubern <input type="checkbox"/> Hände waschen und trocknen	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					<input type="checkbox"/> von 5 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>4. Den Körper pflegen</b> Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> Gesicht/Hände waschen und abtrocknen <input type="checkbox"/> Zähne putzen <input type="checkbox"/> Haare büstern <input type="checkbox"/> Seife, Zahnpasta u. Ä. dosieren <input type="checkbox"/> Mit Wasser angemessen umgehen <input type="checkbox"/> Unter Aufsicht waschen, duschen, baden	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					<input type="checkbox"/> von 6 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>5. Sich mit und ohne Geräte fortbewegen</b> Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> Fortbewegung mit Gerät <input type="checkbox"/> Fortbewegung ohne Gerät <input type="checkbox"/> Erforderliche Strecken bewältigen <input type="checkbox"/> Sicher <input type="checkbox"/> Angemessene Geschwindigkeit <input type="checkbox"/> Treppen steigen <input type="checkbox"/> Gerät angemessen lenken und bremsen <input type="checkbox"/> Unter Aufsicht verkehrssicher	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					<input type="checkbox"/> von 8 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>Offenes Betätigungsfeld</b> Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation Evaluation		<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> N Evaluation Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					<input type="checkbox"/> von ___ Betätigungen/Merkmalen schwierig	



Zutreffendes mit einem X oder + bzw. – kennzeichnen

Betätigungs- feld	Klientenbewertung			Inhalte des Betätigungsfeldes	Bewertung Therapeutin	Gesamt- bewertung
	1.	2.	3.			
	I II III IV N	I II III IV N	I II III IV N		I II III IV N	I II III IV N
<b>6. Etwas konstruieren</b>				<input type="checkbox"/> Zusammensetzen mehrerer Elemente <input type="checkbox"/> Mit Vorlage <input type="checkbox"/> Ohne Vorlage <input type="checkbox"/> Ergebnis erkennbar <input type="checkbox"/> Details beachten <input type="checkbox"/> Erforderliche Reihenfolge beachten		
Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	Evaluation	Evaluation	Evaluation		Evaluation	Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					von 6 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>7. Werkzeug benutzen</b>				<input type="checkbox"/> Sicher <input type="checkbox"/> Sauber <input type="checkbox"/> Zielführend <input type="checkbox"/> Altersentsprechende Aktivitäten (z. B. schneiden, nähen, stanzen, lochen, hämmern, kleben)		
Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	Evaluation	Evaluation	Evaluation		Evaluation	Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					von 4 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>8. Kulturtechniken erlernen</b>				<input type="checkbox"/> Buchstaben erkennen <input type="checkbox"/> Effektive Stifthaltung <input type="checkbox"/> Namen schreiben <input type="checkbox"/> Aus- und abmalen <input type="checkbox"/> Kreatives Malen <input type="checkbox"/> Kleine fortlaufende Muster	<input type="checkbox"/> Nachspüren <input type="checkbox"/> Mit Zahlen umgehen <input type="checkbox"/> Mengen erfassen <input type="checkbox"/> Würfelpunkte erkennen <input type="checkbox"/> Mit digitalen Medien umgehen	
Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	Evaluation	Evaluation	Evaluation		Evaluation	Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					von 11 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>9. Aufgaben erledigen</b>				<input type="checkbox"/> Sicheres Ausführen <input type="checkbox"/> Effektives Ausführen <input type="checkbox"/> Jacke aufhängen <input type="checkbox"/> Zimmer aufräumen <input type="checkbox"/> Geschwistern helfen <input type="checkbox"/> Müll rausbringen <input type="checkbox"/> Tisch decken oder abwischen <input type="checkbox"/> Materialien holen oder aufräumen		
Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	Evaluation	Evaluation	Evaluation		Evaluation	Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					von 8 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>10. In Gruppen interagieren</b>				<input type="checkbox"/> Sozial angemessenes Verhalten <input type="checkbox"/> Gruppenregeln einhalten <input type="checkbox"/> Nicht stören <input type="checkbox"/> Auf andere eingehen <input type="checkbox"/> Rücksicht nehmen <input type="checkbox"/> Angemessen auf Anweisungen oder Kritik reagieren <input type="checkbox"/> Sich aktiv ins Gruppengeschehen einbringen		
Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	Evaluation	Evaluation	Evaluation		Evaluation	Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					von 7 Betätigungen/Merkmalen schwierig	
<b>Offenes Betätigungsfeld</b>						
Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T	Evaluation	Evaluation	Evaluation		Evaluation	Evaluation
Beschreibung des Problems aus Sicht der Klientengruppe:					von ___ Betätigungen/Merkmalen schwierig	

5-6

## FREIZEIT/SPIEL



Zutreffendes mit einem X oder + bzw. – kennzeichnen

Betätigungs- feld	Klientenbewertung												Inhalte des Betätigungsfeldes	Bewertung Therapeutin					Gesamt- bewertung												
	1.				2.				3.					I	II	III	IV	N	I	II	III	IV	N								
	I	II	III	IV	I	II	III	IV	I	II	III	IV												I	II	III	IV	I	II	III	IV
<b>11.</b> Zuhören und erzählen	Evaluation      Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T												<input type="checkbox"/> Geschichten anhören <input type="checkbox"/> Kurze Erzählungen über Alltagsgeschehnisse anhören <input type="checkbox"/> Mit eigenen Worten grob wiedergeben <input type="checkbox"/> Sich mit anderen Kindern und Erwachsenen verständigen <input type="checkbox"/> Ereignisse/Erlebnisse verständlich berichten	Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T					von 5 Betätigungen/Merkmalen schwierig												
<b>12.</b> Körper- liche Spiele durchführen	Evaluation      Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T												<input type="checkbox"/> Spontan aktiv spielen <input type="checkbox"/> Nach Aufforderung aktiv spielen <input type="checkbox"/> Klettern <input type="checkbox"/> Turnen <input type="checkbox"/> Balancieren <input type="checkbox"/> Hüpfen <input type="checkbox"/> Trampolin springen <input type="checkbox"/> Seil springen <input type="checkbox"/> Ball werfen, fangen, schießen oder prellen <input type="checkbox"/> Sportarten ausüben	Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T					von 10 Betätigungen/Merkmalen schwierig												
<b>13.</b> Gemeinsam spielen	Evaluation      Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T												<input type="checkbox"/> Brettspiele <input type="checkbox"/> Kartenspiele <input type="checkbox"/> Gesellschaftsspiele <input type="checkbox"/> Gemeinsame Video- und Computerspiele <input type="checkbox"/> Vorgegebene Regeln einhalten	Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T					von 5 Betätigungen/Merkmalen schwierig												
<b>14.</b> Alleine spielen	Evaluation      Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T												<input type="checkbox"/> Sich längere Zeit alleine mit Spielmaterial beschäftigen <input type="checkbox"/> Kreativ mit Spielmaterial beschäftigen <input type="checkbox"/> Nicht ablenken lassen	Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T					von 3 Betätigungen/Merkmalen schwierig												
<b>15.</b> Fantasie- und Rollenspiele spielen	Evaluation      Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T												<input type="checkbox"/> Nach selbst erdachten Regeln spielen <input type="checkbox"/> Gedachte Rolle ausfüllen <input type="checkbox"/> Spielgeräten/-materialien eigene Bedeutung geben <input type="checkbox"/> Auf Wünsche und Aktionen der Spielpartner eingehen	Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T					von 4 Betätigungen/Merkmalen schwierig												
<b>Offenes Betätigungs- feld</b>	Evaluation      Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T													Evaluation      Evaluation Unterschied <input type="checkbox"/> K / <input type="checkbox"/> T					von ___ Betätigungen/Merkmalen schwierig												

## Anlage 3: Auszug Bewertung der 15 Betätigungsfelder Eltern

5-6

## 2.2 | Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Eltern



## 1. Betätigungsfeld: Essen und trinken

**Umfasst:** Speisen und Getränke in kulturell akzeptierter Weise und in angemessenen Mengen und Zeiten zu sich nehmen; Nahrung vorbereiten, wie Getränk eingießen, Brot streichen und weiche Speisen zerkleinern; Besteck sicher benutzen; auf Sauberkeit achten; Nahrung zum Mund führen, beißen, kauen und schlucken.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Zeitdauer, Stress, Essverhalten, Geschicklichkeit

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

## 2. Betätigungsfeld: Sich an- und ausziehen

**Umfasst:** Jahreszeitlich übliche Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge und richtig herum an- und ausziehen; Verschlüsse öffnen und schließen; ab 6 Jahren: die Schnürsenkel selbst binden; die Kleidung passend zur Aktivität auswählen und sich auch für Sport und Schwimmbad selbstständig umziehen.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Zeitdauer, Verhalten beim An- und Ausziehen, Stress

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

## 3. Betätigungsfeld: Auf die Toilette gehen

**Umfasst:** Alleine rechtzeitig, auch nachts, zur Toilette gehen; sich aus- und ankleiden; Toilette sauber benutzen; den Intimbereich säubern; Hände waschen und trocknen.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Sauberkeit, Harn- und Stuhlkontrolle, Stress

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

## 4. Betätigungsfeld: Den Körper pflegen

**Umfasst:** Gesicht und Hände waschen und abtrocknen; Zähne putzen; Haare bürsten; Seife, Zahnpasta u. Ä. dosieren; mit Wasser angemessen umgehen; unter Aufsicht Haare waschen, duschen oder baden.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Geschicklichkeit, Zeitdauer, Stress, Verhalten

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

## 5. Betätigungsfeld: Sich mit und ohne Geräte fortbewegen

**Umfasst:** Sich mit und ohne Geräte fortbewegen, nicht um zu spielen, sondern um ein Ziel zu erreichen; erforderliche Strecken sicher und in angemessener Geschwindigkeit bewältigen; Treppen steigen; Fortbewegungsgeräte wie Roller, Fahrrad, Inlineskates oder Rollstuhl angemessen benutzen (lenken und bremsen).

**Qualitätsmerkmale:** Anstrengung, Geschwindigkeit, Geschicklichkeit, Umgang mit Fortbewegungsgeräten, Sicherheit

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?



## Anlage 4: Auszug Bewertung der 15 Betätigungsfelder Erzieher/Lehrer

5-6

## 2.3 | Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Erzieher oder Lehrer

**1. Betätigungsfeld: Essen und trinken**

**Umfasst:** Speisen und Getränke in kulturell akzeptierter Weise und in angemessenen Mengen und Zeiten zu sich nehmen; Nahrung vorbereiten, wie Getränk eingießen, Brot streichen und weiche Speisen zerkleinern; Besteck sicher benutzen; auf Sauberkeit achten; Nahrung zum Mund führen, beißen, kauen und schlucken.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Zeitdauer, Stress, Essverhalten, Geschicklichkeit

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

**2. Betätigungsfeld: Sich an- und ausziehen**

**Umfasst:** Jahreszeitlich übliche Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge und richtig herum an- und ausziehen; Verschlüsse öffnen und schließen; ab 6 Jahren: die Schnürsenkel selbst binden; die Kleidung passend zur Aktivität auswählen und sich auch für Sport und Schwimmbad selbstständig umziehen.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Zeitdauer, Verhalten beim An- und Ausziehen, Stress

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

**3. Betätigungsfeld: Auf die Toilette gehen**

**Umfasst:** Alleine rechtzeitig, auch nachts, zur Toilette gehen; sich aus- und ankleiden; Toilette sauber benutzen; den Intimbereich säubern; Hände waschen und trocknen.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Sauberkeit, Harn- und Stuhlkontrolle, Stress

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

**4. Betätigungsfeld: Den Körper pflegen**

**Umfasst:** Gesicht und Hände waschen und abtrocknen; Zähne putzen; Haare bürsten; Seife, Zahnpasta u. Ä. dosieren; mit Wasser angemessen umgehen; unter Aufsicht Haare waschen, duschen oder baden.

**Qualitätsmerkmale:** Selbstständigkeit, Hilfestellung, Geschicklichkeit, Zeitdauer, Stress, Verhalten

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

**5. Betätigungsfeld: Sich mit und ohne Geräte fortbewegen**

**Umfasst:** Sich mit und ohne Geräte fortbewegen, nicht um zu spielen, sondern um ein Ziel zu erreichen; erforderliche Strecken sicher und in angemessener Geschwindigkeit bewältigen; Treppen steigen; Fortbewegungsgeräte wie Roller, Fahrrad, Inlineskates oder Rollstuhl angemessen benutzen (lenken und bremsen).

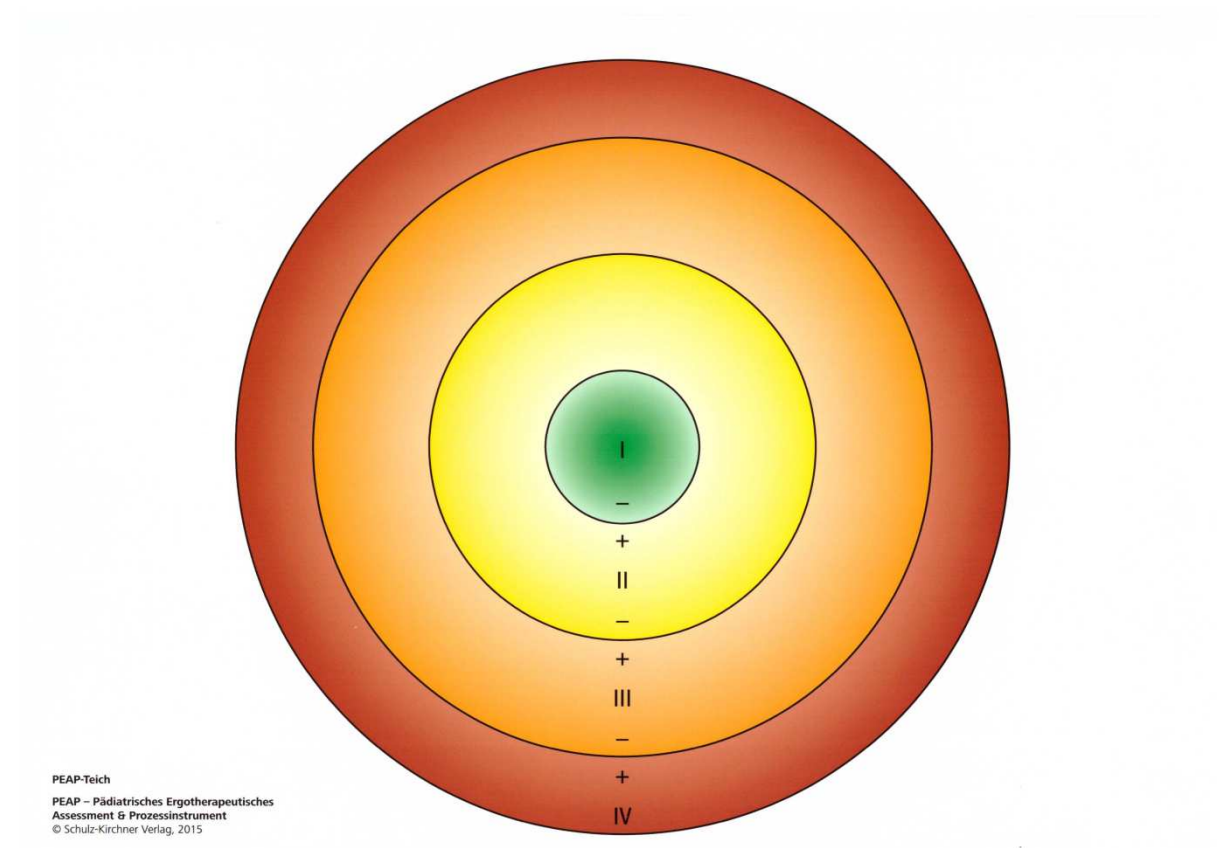
**Qualitätsmerkmale:** Anstrengung, Geschwindigkeit, Geschicklichkeit, Umgang mit Fortbewegungsgeräten, Sicherheit

I	-	+	II	-	+	III	-	+	IV	N
---	---	---	----	---	---	-----	---	---	----	---

Eine Verbesserung ist aus meiner Perspektive: ☐ Nicht wichtig ☐ Etwas wichtig ☐ Wichtig ☐ Sehr wichtig

**Kommentar:** Welche Betätigungen genau sind problematisch?

## Anlage 5: PEAP-Teich



(aus: Kraus &amp; Romein 2015)

<b>Zwischenkategorie</b>		+	+	+
<b>HAUPTKATEGORIE</b>	<b>I</b>	<b>II</b>	<b>III</b>	<b>IV</b>
	<b>Kein Problem</b>	<b>Leichtes Problem</b>	<b>Deutliches Problem</b>	<b>Massives Problem</b>
<b>Zwischenkategorie</b>		-	-	-

## Anlage 6:     Anschreiben 1 zur Teilnehmerrekrutierung

Köln im Juni 2013

Liebe/r PEAP-Kurs Teilnehmer/in,

wie bereits in der letzten Informationsmail angekündigt, wird es in der nächsten Zeit einige Studien zur Weiterentwicklung des PEAP geben.

Zur Professionalisierung der Ergotherapie gehören heutzutage Studien, die die Wirksamkeit von ergotherapeutische Methoden nachweisen. Das PEAP misst Veränderungen auf Betätigungsebene und kann somit dazu beitragen, die Wirksamkeit verschiedener Therapiekonzepte bei unterschiedlichen Klienten zu überprüfen. Der erste Schritt dafür ist, dass das PEAP selbst als Instrument hinsichtlich Gültigkeit (Validität) und Zuverlässigkeit (Reliabilität) erprobt wird.

Die PEAP-AG, zur der ich auch seit einiger Zeit gehöre, ist sehr an einer Weiterentwicklung des PEAPs interessiert. Aufgrund dessen untersuche ich im Rahmen meiner Doktorarbeit die Inter-Rater-Reliabilität des PEAP Interviews. Hierzu geben verschiedene Therapeuten eine Gesamtbewertung von einem PEAP-Interview ab. Kommen die Therapeuten zu ähnlichen Ergebnissen, so ist eine objektive Aussage gewährleistet und die PEAP-Ergebnisse sind zuverlässig und unabhängig vom Interviewer.

Um die Studie zu realisieren, benötige ich jedoch Ihre Hilfe. Sie können die Professionalisierung der Ergotherapie aktiv unterstützen, indem Sie mir folgende Unterlagen von einem **Kind zwischen 5;0-6;11 Jahren** zur Verfügung stellen:

Formulare:

- ✓ ausgefüllter Stammdatenbogen (Dokument 1-4)
- ✓ ausgefülltes Betätigungsprofil (Dokument 1-5)
- ✓ Protokollbogen Betätigungsfelder ausgefüllt mit Einschätzungen der Klientengruppe (Dokument 2-1)
- ✓ ausgefüllter Fragebogen Lehrer/Erzieher (Dokument 2-2)

Filmmaterial:

- ✓ eine Videoaufnahme von einem PEAP Interview (freies und strukturiertes Interview) mit einem Kind zwischen 5;0 und 6;11 Jahren und dem Elternteil
- ✓ zwei kurze Videoaufnahme, von maximal jeweils fünf Minuten mit dem gleichen Kind in folgenden Situationen:
  - eine freie Spielsituation, bei der das Kind entscheiden darf, was es spielen möchte (Rollen-, Bewegungs-, Brettspiel etc.) und

- eine Situation in der das Kind vor oder nach der Therapie seine Jacke, Schuhe oder Socken an- bzw. auszieht.

Damit Sie sich bei der Durchführung des Interviews sicher fühlen und die neusten Entwicklungen des PEAP kennenlernen, können Sie vor der Aufnahme an einem PEAP-Refresher Kurs am **10. November 2013** in Berlin (Tagungsort: Wannseeschule) teilnehmen, bei dem für Sie ggf. nur Kosten für die aktuellen PEAP-Materialien anfallen.

Das von Ihnen aufgenommene Interview wird von zehn PEAP geschulten Ergotherapeuten angesehen, die anhand der Unterlagen eine Gesamtbewertung aller Betätigungsfelder vornehmen. Es geht hierbei nicht darum, Ihre Kompetenz bei der Durchführung des Interviews zu bewerten, sondern dass Videomaterial für die bewertenden Studienteilnehmer gewonnen werden kann. Die Daten werden nur für diese Studie verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Um unsere ergotherapeutische Arbeit vor Ärzten und Krankenkassen zu belegen und dem Klienten die bestmögliche Therapie zu gewährleisten, brauchen wir ergotherapeutische Forschung. Um diese Forschung zu ermöglichen, benötigt die PEAP-AG Ihre Unterstützung. Dafür bitte ich Sie, mir bei der Durchführung der Studie zu helfen und freue mich sehr, bald von Ihnen zu hören!

Bei Fragen stehe ich Ihnen jeder Zeit per Email unter [helen.strebel@web.de](mailto:helen.strebel@web.de) zur Verfügung.

Ich bedanke mich für Ihre Unterstützung und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Helen Strebel, Ba Health OT & MA, Dr. Elke Kraus, Ellen Romein MSc OT und Ulrike Weise MSc OT

Köln im Juni 2013

Liebe/r PEAP Kurs Teilnehmer/in,

im Rahmen meiner Doktorarbeit führe ich eine Studie zum PEAP-Interview durch (siehe Aufruf 1 zur Teilnahme an einer Studie zum PEAP). Falls es Ihnen, wie im ersten Aufruf beschrieben, nicht möglich ist, eine Videoaufnahme des freien und strukturierten PEAP Interviews von einem 5,0-6,11 jährigen Kind zu machen, haben Sie die Gelegenheit die PEAP-AG und somit die ergotherapeutische Forschung in der Rolle als Studienteilnehmer/in zu unterstützen. Haben Sie bereits eine Videoaufnahme eines Kindes eingereicht, so können Sie aus forschungsinternen Gründen an dieser Studie leider nicht mehr teilnehmen.

Um die Inter-Rater Reliabilität, d.h. das Maß für die formale Genauigkeit bzw. Verlässlichkeit des PEAP-Interviews zu messen, müssen die aufgenommenen PEAP-Interviews von verschiedenen Therapeuten bewertet werden. Hierfür bekommen Sie Videoaufnahmen von **vier verschiedenen PEAP-Interviews** sowie, um sich ein umfassendes Bild machen zu können, die relevanten **Formulare** zugeschickt. Von jedem Kind liegen Ihnen folgende Unterlagen vor:

- ✓ ausgefüllter „Stammdatenbogen“ (Dokument 1-4),
- ✓ ausgefülltes „Betätigungsprofil“ (Dokument 1-5),
- ✓ „Protokollbogen Betätigungsfelder“ ausgefüllt mit Einschätzungen der Klientengruppe (Dokument 2-1)
- ✓ ausgefüllten „Fragebogen Lehrer/Erzieher“ (Dokument 2-2)
- ✓ zwei Videosequenzen aus der freien Beobachtung.

Die Unterlagen werden von Ihnen gesichtet. Im Anschluss führen Sie bei allen vier Interviews mit Hilfe der PEAP-Bewertungsinstrumente (Schwergrad-Kategorien I-IV, Kommentarbeispiele, Bewertungsraster) die **Gesamtbewertung** durch, begleiten ihre Einschätzung verbal und machen anhand eines Fragebogens Angaben darüber, wie Sie zu der Bewertung gekommen sind. **Es geht bei der Studie nicht darum, ihre Kompetenz bei der Bewertung des PEAP-Interviews zu überprüfen, sondern die Genauigkeit des Instrumentes zu erheben.** Das heißt es wird überprüft, ob verschiedene Therapeuten beim gleichen Interview in ihrer Bewertung und Interpretation der Daten zu überschneidenden Ergebnissen kommen. Ist dies der Fall, ist eine objektive Aussage gewährleistet und die Einstufung ist damit unabhängig vom Interviewer.

Damit Sie sich bei der Bewertung des Interviews sicher fühlen und die neusten Entwicklungen des PEAP kennenlernen, können Sie vor der Durchführung der Studie an einem PEAP-Refresher Kurs am **10. November 2013** in Berlin (Tagungsort: Wannseeschule) teilnehmen, bei dem für Sie ggf. nur Kosten für die aktuellen PEAP-Materialien anfallen.

Die PEAP-AG braucht dringend Ihre Hilfe, um das Instrument weiterhin wissenschaftlich zu untermauern. Dafür bitte ich Sie, mir bei der Durchführung der Studie zu unterstützen und freue mich sehr, bald von Ihnen zu hören!

Bei Fragen stehe ich Ihnen jeder Zeit per Email unter [helen.strebel@web.de](mailto:helen.strebel@web.de) zur Verfügung.

Ich bedanke mich für Ihre Unterstützung und freue mich auf eine gute Zusammenarbeit!

Mit freundlichen Grüßen,

Helen Strebel, Ba Health OT & MA, Dr. Elke Kraus, Ellen Romein MSc OT und Ulrike Weise MSc OT

Anlage 8:     Anschreiben Einschlusskriterien Studienteilnehmer

Köln im Oktober 2013

Liebe potentiellen Studienteilnehmer!

Ich freue mich sehr, über Ihre Bereitschaft an der Inter-Rater Reliabilitätsstudie des PEAP teilzunehmen!

Um zu gewährleisten, dass alle Teilnehmer den Einschlusskriterien der Studie entsprechen bitte ich Sie, die unten stehenden Fragen zu beantworten. Ihre Daten werden vertraulich behandelt, während des Forschungsprozesses von mir gespeichert und im Anschluss gelöscht. Bitte schicken Sie den Bogen bis zum 18.10.2013 per Mail an [helen.strebel@web.de](mailto:helen.strebel@web.de) zurück. Nach Auswertung des Fragebogens melde ich mich wieder bei Ihnen.

Bei weiteren Fragen stehe ich Ihnen jederzeit unter der oben angegebenen Adresse per Mail zur Verfügung.

Vielen Dank und viele Grüße,

Helen Strebel

**1. Seit wann sind Sie Ergotherapeut/in:**

**2. Wie viel Berufserfahrung haben Sie in der Pädiatrie?**

**3. In welcher Einrichtung sind sie momentan tätig? (Praxis; SPZ; Schule etc.)**

**4. In welchem Jahr haben Sie an dem PEAP Workshop teilgenommen?**

**5. Wie häufig haben Sie das PEAP-Interview bisher durchgeführt?**

**6. Können Sie vor Durchführung der Studie noch weitere Erfahrungen mit dem PEAP-Interview sammeln?**

**7. Können Sie an dem eintägigen Refresher Workshop Mitte November in Berlin teilnehmen?**

**7.1 Wenn nein: Können Sie sich eine auf DVD aufgezeichnete Schulung vor der Teilnahme an der Studie zuhause oder in Ihrer Einrichtung ansehen?**

**8. Im Rahmen der Studie kann ich:**

(zutreffendes bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	ein Kind nach dem	<input type="checkbox"/>	Zehn PEAP Befunde	<input type="checkbox"/>	Je nach Bedarf
<input type="checkbox"/>	PEAP befunden und	<input type="checkbox"/>	schriftlich auswerten	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	dies auf Video	<input type="checkbox"/>	und Fragen	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	aufnehmen	<input type="checkbox"/>	beantworten	<input type="checkbox"/>	

**9. Haben Sie noch weitere Fragen/Anregungen im Hinblick auf die Studie?**

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!



## Anlage 9:      Anschreiben Homeschulung

Köln, den 09.12.2013

Liebe Studienteilnehmerin!

Wie in meinem letzten Anschreiben bereits angekündigt findet, um alle Teilnehmer auf einen einheitlichen Wissenstand zu bringen, eine PEAP Homeschulung statt.

Hierfür bekommen Sie verschiedene Unterlagen, die ich Ihnen in einem Ordner zusende. Darin finden Sie folgende Informationen:

- ✓ Auszüge aus dem PEAP Handbuch
- ✓ Formulare und Instrumente im Hochformat
  - Information über den PEAP Ablauf
  - Stammdatenbogen
  - Betätigungsprofil
  - Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Eltern
  - Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Erzieher/Lehrer
  - PEAP Teich
  - Einführungskarte für Kinder
  - Einführungskarte für Eltern
- ✓ Formulare im Querformat
  - PEAP Überblick über die Vorbereitungs- und Erfassungsphase
  - Bewertung der 15 Betätigungsfelder
- ✓ Drei kurze Videoclips mit exemplarischen Auszügen
  - aus der standardisierten Befragung Kind
  - aus der standardisierten Befragung Mutter
  - von der Therapeutin & der Gesamtbewertung
- ✓ ausgefüllte Formulare zu den Videoclips (Gesamtbewertung; Einschätzung Mutter; Einschätzung Lehrerin); die Ordner mit dem Titel „Resources“ sind nicht von Interesse.

Bitte schauen Sie sich diese Unterlagen bis **Ende Dezember 2013** an. Die Videoclips sollten Sie in der Reihenfolge I bis III ansehen. Beachten Sie auch, dass die Videos nur Ausschnitte aus dem PEAP darstellen und das Lesen des Handbuches nicht ersetzen. Für Fragen stehe ich Ihnen in diesem Zeitraum per Mail zur Verfügung. Im **Januar 2014** findet eine gemeinsame Skypekonferenz mit Elke Kraus statt. Hier können alle Fragen und das genaue Vorgehen bei der Durchführung und Bewertung des PEAP persönlich besprochen werden. Um für alle einen möglichst günstigen Termin zu finden, lade ich Sie schon jetzt, ebenfalls per Mail, zu einer Terminfindung via doodle ein. Bitte geben Sie bis spätestens zum **15.12.2013** ihre Terminwünsche an. Alle Unterlagen, die Sie zur Durchführung der Studie benötigen, erhalten Sie von mir per Post. Bitte schicken Sie mir dafür bis zum **16.12.2013** ihre Postadresse an [helen.strebel@web.de](mailto:helen.strebel@web.de).

Ich wünsche Ihnen eine schöne Adventszeit,

viele Grüße,

Helen Strebel

**Anlage 10: Rückmeldebogen Pilotstudie**

Liebe XY,

bitte führe die Studie entsprechend der dir vorliegenden Unterlagen durch und notiere während und/oder nach der Durchführung alle Aspekte, die dir kritisch oder veränderungswürdig erscheinen.

**Anmerkungen zu den Anschreiben**

a) Durchführung Studie Bewerber:

b) Einführung in die Think Aloud Methode:

c) Fragebogen:

**Anmerkungen zu den Forschungsinstrumenten**

a) Gesamtbewertung anhand des PEAP

b) Think Aloud Methode

c) Fragebogen

Sonstige Anmerkungen:

Vielen Dank für die konstruktive Unterstützung!

Liebe Grüße

Helen

## Anlage 11: Rückmeldung Pilotstudie

Vorschlag	Veränderung
1. Strukturelle Rückmeldung	
○ Klarere Struktur des allgemeinen Ablaufplanes	Allgemeiner Ablaufplan mit verschiedenen Schattierungen und deutlicher Beschriftung strukturiert
○ Farbige Unterscheidung der verschiedenen Bereiche	Bereiche wurden durch beschriftete Heftstreifen voneinander getrennt; Dokumente z.T. in Klarsichtfolien
○ Deutlichere Angaben darüber, was mit den Audioaufnahme passieren soll (CD brennen? Dropbox? Welches Format?)	Angabe in Anschreiben aufgenommen
○ Die Strukturhilfe zur Gesamtbewertung ist ohne Anleitung verwirrend, weil man nicht weiß, ob man damit etwas machen soll	Dieser Anteil wurde entfernt
○ Evtl. weiteres Dokument erstellen um den Teilnehmern die Möglichkeit zu geben Notizen während dem anschauen des Videos zu machen → kann unterstützen bei der Bewertung aber auch verwirren da bereits viele Dokumente vorliegen	Aufgrund der bereits großen Anzahl an Dokumenten wurde auf einen Notizzettel verzichtet. Die Teilnehmer wurden schriftlich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht.
2. Inhaltliche Rückmeldung	
○ Think Aloud Methode hat gut geklappt	Keine Veränderung notwendig
○ Zeitliche Dauer Auswertung pro Kind ca. 3 Zeitstunden	Zeitangaben wurden als Info aufgenommen

## Anlage 12: Anschreiben Teilnahme PEAP-Studie Video

Köln, den 22.01.2014

Liebe Studienteilnehmerin!

Ich freue mich sehr, dass Sie an der PEAP Inter-Rater Reliabilitätsstudie des PEAP teilnehmen. Heute geht es endlich los! Sie dürfen jetzt damit anfangen mit einem Kind zwischen 5,0 und 6,11 Jahren, das sich in ergotherapeutischer Behandlung befindet, die PEAP Erfassungsphase (Erstbewertung) zu dokumentieren.

Die folgenden Tabellen sollen Ihnen dabei helfen, die Unterlagen vollständig zu erstellen. Auf der linken Seite sind dazu alle notwendigen Dokumente aufgelistet, rechts befindet sich eine Spalte, in der sie die jeweiligen, vorliegenden Formulare ankreuzen können.

Bitte lassen sie sich von den <u>Eltern</u> folgende <b>Formulare</b> ausfüllen:	Liegt vor:
○ Stammdatenbogen (Dokument 1-4)	
○ Betätigungsprofil (Dokument 1-5)	
○ Einverständniserklärung zum Datenschutz und zur Aufklärung über den Ablauf der Studie	
○ Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Eltern (5-6 Jahre) (Dokument 2-2)	
Von dem <u>Lehrer</u> oder dem <u>Erzieher</u> lassen Sie bitte folgendes Formular ausfüllen:	Liegt vor:
○ Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Erzieher oder Lehrer (5-6 Jahre) (Dokument 2-3)	
Während der Durchführung der strukturierten Befragung füllen <u>Sie</u> bitte die	Erledigt:
○ Bewertung der 15 Betätigungsfelder Altersgruppe: 5,0 – 6,11 Jahre (Dokument 2-1) <b>bis auf die Gesamtbewertung Therapeut</b> vollständig aus;	
○ Geben Sie bitte zudem auf dem Deckblatt das genaue Alter des Kindes (Jahre; Monate), den Vornamen und die auf der Heilmittelverordnung angegebene Diagnose an	

Zudem machen Sie bitte folgende <b>Videoaufnahmen</b> vom dem Kind und den Eltern:	Erledigt:
○ Offenes Interview	
○ Standardisierte Befragung	
○ zwei kurze Videoaufnahme, von <b>maximal jeweils fünf Minuten</b> mit dem gleichen Kind in folgenden Situationen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine freie Spielsituation, bei der das Kind entscheiden darf, was es spielen möchte (Rollen-, Bewegungs-, Brettspiel etc.) und</li> <li>• eine Situation in der das Kind vor oder nach der Therapie seine Jacke, Schuhe oder Socken an- bzw. auszieht.</li> </ul>	Erledigt:

Für die Videoaufnahmen wäre es, besonders bei dem offenen Interview und der standardisierten Befragung von Vorteil, wenn Sie mit einem Stativ oder mit Hilfe einer festen Unterlage filmen könnten, um weitere Personen im Raum zu vermeiden.

Nachdem Sie den Fall abgeschlossen haben, legen Sie bitte alle Unterlagen in Mappe A. Stecken Sie die Mappe in den vorbereiteten Umschlag und schicken Sie alles bis spätestens **Datum** an **Adresse** zurück.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen haben Sie sich verpflichtet, keine Informationen von dem jeweiligen Fall zu behalten oder an Dritte weiterzugeben. Alle Unterlagen werden nach Abschluss der Erhebung bei mir gesammelt und nach der Auswertung und Interpretation der Daten vernichtet.

Ich freue mich auf Ihre Unterlagen, stehe Ihnen aber vorher bei Fragen oder Unsicherheiten jeder Zeit zur Verfügung,

viele Grüße,

Helen Strebel

## Datenschutzerklärung

Hiermit bestätige ich, \_\_\_\_\_, dass ich freiwillig an der Studie teilnehme. Mir wurden die Gründe für die Datenerhebung schriftlich verständlich dargestellt.

Ein Abbruch ohne Nennung von Gründen, ist jederzeit möglich.

Nach Auswertung der PEAP Assessments werde ich alle vorliegenden Unterlagen vernichte und sie an keine dritte Person weitergebe.

.....

(Datum/Ort)

.....

(Unterschrift)

## Anlage 13: Anschreiben Video Eltern

Köln im Januar 2014

Liebe Eltern,

ich schreibe Sie heute an, da ich derzeit meine Promotion über ein ergotherapeutisches Thema an der Universität Köln schreibe.

Im Rahmen dieser Arbeit wird das erste, in Deutschland für diese Altersgruppe entwickelte ergotherapeutische Gespräch, das PEAP, überprüft. Das PEAP dient dazu gemeinsam mit ihrem Kind, Ihnen und anderen wichtigen Personen wie Lehrern oder Erziehern Alltagsschwierigkeiten zu benennen und nach der Therapie zu überprüfen ob eine Veränderung stattgefunden hat.

Ziel der Promotion ist es, das PEAP zu standardisieren d.h. zu kontrollieren ob alle Therapeuten bei der Auswertung zu den gleichen Ergebnissen kommen oder nicht.

Hierfür ist es wichtig, dass die Ihnen und ihrem Kind vertraute Ergotherapeutin ein Gespräch mit ihrem Kind führt. Dieses wird auf Video aufgezeichnet. Zudem werden Ihre Angaben und die Angaben der Lehrer/Erzieher und eine kurze Videoaufnahme Ihres Kindes während einer Spielsituation benötigt. Die Videoaufnahmen sowie die Unterlagen werden zur Auswertung des Gespräches an elf weitere Ergotherapeuten gesandt. Diese unterliegen der Schweigepflicht. Alle Dokumente werden zur einmaligen Auswertung verwendet. Im Anschluss werden die Aufzeichnungen an mich zurückgeschickt und von mir gelöscht bzw. vernichtet.

In der Ergotherapie gibt es in Deutschland noch wenig eigene Forschungsprojekte. Mit Ihrer Unterstützung können ihr Kind und Sie an der Weiterentwicklung der Ergotherapie entscheidend mitwirken und dadurch die Qualität der Arbeit verbessern.

Ich freue mich, wenn Sie und ihr Kind an der Studie teilnehmen und bedanke mich schon jetzt für ihr Entgegenkommen!

Mit freundlichen Grüßen,





Sehr geehrte Eltern der Studienteilnehmer!

Um sichergehen zu können, dass die Videoaufnahmen und das schriftliche Einholen der Daten den Kriterien einer wissenschaftlichen Arbeit entsprechen und diese im Rahmen ethischer Untersuchungskriterien gewonnen werden, möchte ich Sie bitten, den folgenden Text durchzulesen und die anschließende Einverständniserklärung in ihrem Sinne auszufüllen.

Zu Ihrer und der Sicherheit ihres Kindes gewährleiste ich Ihnen, dass die im Rahmen des Gespräches bekannt gewordenen Informationen entsprechend dem Datenschutzgesetz vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben und nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Die im Rahmen des Gespräches ermittelten Daten werden so verarbeitet, dass ein Zurückverfolgen der Informationen zu ihrer Person nicht möglich ist. Nach der Auswertung werden die Daten gelöscht.

Sie haben die Möglichkeit, die Teilnahme ihres Kindes an der Erhebung zu jedem Zeitpunkt vor und während der Durchführung ohne Angabe von Gründen zu verweigern oder zu beenden.

Untersucherin: Helen Strebel

Einverständniserklärung Eltern

Bitte Zutreffendes ankreuzen!!!

Mir wurden die Gründe für die Videoaufnahmen schriftlich und mündlich verständlich dargestellt.

Ich bestätige, dass mein Kind und ich freiwillig an der Studie teilnehmen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, das Recht zu besitzen, die Datenerhebung ohne Angabe von Gründen zu jedem Zeitpunkt abbrechen zu dürfen.

Ich bin darüber informiert, dass meine Angaben, die Videoaufnahmen sowie die Ergebnisse aus dem Fragebogen für Lehrern/Erziehern im Rahmen des PEAP-Interviews zur Auswertung an zehn weitere Ergotherapeuten versandt werden.

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass alle Daten nach der Auswertung anonymisiert und die Unterlagen gelöscht werden.

.....

(Datum/Ort)

.....

(Unterschrift)

Sehr geehrte Lehrer!

Um sichergehen zu können, dass das schriftliche Einholen der Daten den Kriterien einer wissenschaftlichen Arbeit entsprechen und diese im Rahmen ethischer Untersuchungskriterien gewonnen werden, möchte ich Sie bitten, den folgenden Text durchzulesen und die anschließende Einverständniserklärung in ihrem Sinne auszufüllen.

Zu Ihrer Sicherheit gewährleiste ich Ihnen, dass die im Rahmen der schriftlichen Befragung bekannt gewordenen Informationen entsprechend dem Datenschutzgesetz vertraulich behandelt, nicht an Dritte weitergegeben und nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden.

Die im Rahmen der schriftlichen Erhebung ermittelten Daten werden so verarbeitet, dass ein Zurückverfolgen der Informationen zu ihrer Person nicht möglich ist. Nach der Auswertung werden die Daten gelöscht.

Sie haben die Möglichkeit, die Teilnahme an der Erhebung zu jedem Zeitpunkt vor und während der Durchführung ohne Angabe von Gründen zu verweigern oder zu beenden.

Untersucherin: Helen Strebel

Einverständniserklärung Lehrer

Bitte Zutreffendes ankreuzen!!!

Mir wurden die Gründe für die schriftliche Befragung mündlich verständlich dargestellt.

Ich bestätige, dass ich freiwillig an der Studie teilnehmen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, das Recht zu besitzen, die Datenerhebung ohne Angabe von Gründen zu jedem Zeitpunkt abbrechen zu dürfen.

Ich bin darüber informiert, dass die Ergebnisse der schriftlichen Befragung zur Auswertung an zehn weitere Ergotherapeuten versandt werden.

☐ einverstanden

☐ nicht einverstanden

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass alle Daten nach der Auswertung anonymisiert und die Unterlagen gelöscht werden.

.....

(Datum/Ort)

.....

(Unterschrift

## Anlage 14: Anschreiben Teilnahme PEAP-Studie Rater

Köln im Juni 2014

Liebe Studienteilnehmerin!

Ich freue mich sehr, dass Sie an der PEAP Inter-Rater Reliabilitätsstudie des PEAP teilnehmen. Heute geht es endlich los! Vor Ihnen liegen drei verschiedene PEAP Datensätze, bestehend aus folgenden Dokumenten:

- ✓ zwei Videosequenzen aus der freien Beobachtung (auf der DVD),
- ✓ ausgefüllter Stammdatenbogen (Dokument 1-4),
- ✓ ausgefülltes Betätigungsprofil (Dokument 1-5),
- ✓ Videoaufnahme des offenen Interviews und der standardisierten Befragung (auf der DVD),
- ✓ Bewertung der 15 Betätigungsfelder Altersgruppe: 5,0 – 6,11 Jahre (Dokument 2-1)
- ✓ Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Eltern (5-6 Jahre) (Dokument 2-2),
- ✓ Bewertung der 15 Betätigungsfelder für Erzieher oder Lehrer (5-6 Jahre) (Dokument 2-3)
- ✓ zu Forschungszwecken abschließender Fragebogen.

Die Studie bezieht sich ausschließlich auf die **Gesamtbewertung des Therapeuten** d.h. auf die Erfassungsphase des PEAP. Da sich die Gesamtbewertung aus unterschiedlichen Aspekten zusammensetzt, ist es wichtig, dass sie, bevor sie die Bewertung abgeben alle Materialien eines Falles sichten. Anschließend tragen Sie bitte ihre Gesamtbewertung in das Dokument 2-1 ein.

Pro Fall benötigen Sie ca. 2 Zeitstunden. Um ein größtmöglich einheitliches Vorgehen zu gewährleisten bitte ich sie, jeden Fall in Ruhe zu bewerten und folgende Reihenfolge einzuhalten:

## Ablaufplan Inter-Rater Reliabilitätsstudie

1. Sichten und sortieren der Materialien eines Falles	Tonband aus
2. Stammdatenbogen lesen	
3. Freie Beobachtungssituationen ansehen (Video)	
4. Betätigungsprofil lesen und zum offenen Interview (Video) mit hinzunehmen	
5. Video der standardisierten Befragung ansehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Die Aufnahme zum jeweiligen Betätigungsfeld ansehen</li> <li>b. Notizen auf dem Protokollbogen beachten</li> <li>c. Weitere Infos von Eltern, Lehrern/Erziehern hinzunehmen</li> <li>d. Bewertung anhand des Bewertungsrasters vornehmen und notieren</li> <li>e. Beschreiben und Begründen der Entscheidungsfindung (Think aloud; Aufnahme mit Tonband)</li> </ul>	Tonband an
6. Nach Abschluss des Interviews Fragebogen ausfüllen.	band Ton-

Da für die Think aloud Methode eine Aufnahme per Tonband (über Handy möglich) notwendig ist und ein regelmäßiges an- und ausschalten für zusätzlichen Arbeitsaufwand sorgt, bitte ich Sie, **das Tonband während der kompletten Bewertung des Interviews angeschaltet zu lassen**. Für die Auswertung werden nur die relevanten Passagen verwendet. Während Sie den Fragebogen ausfüllen, dürfen Sie das Tonband gerne ausschalten (siehe Ablaufplan). Da das Durchführen der Think aloud Methode für Sie zuerst ungewohnt sein dürfte, für die Interpretation der Daten aber sehr wichtig ist, bitte ich Sie, das Informationsschreiben zu der Methode, das diesem Schreiben beiliegt, in Ruhe durchzulesen. Zudem bitte ich Sie, um ein möglichst alltagsnahes Vorgehen zu erreichen, die Videos an einem Stück und ohne vor- und zurückspulen anzusehen. Um ihre Bewertung abzugeben, dürfen Sie das Video natürlich gerne anhalten.

Nachdem Sie die Fälle abgeschlossen haben, legen Sie bitte die bei der Gesamtbewertung von Ihnen ausgefüllten „Protokollbögen Betätigungsfelder“ in die **Mappe A**. Diesen fügen Sie jeweils den ausgefüllten Fragebogen und die entsprechende Tonbandaufnahme, falls Sie diese auf eine CD brennen, bei. Wenn Sie mir die Tonbandaufnahme lieber digital zukommen lassen wollen, so kann ich Ihnen hierfür gerne einen Dropbox Ordner einrichten. Bitte sprechen Sie mich dann darauf an. Die restlichen Unterlagen der Fälle, auch die DVDs, legen Sie bitte in **Mappe B**. Beide Mappen werden nach Abschluss aller Interviews in den vorbereiteten Umschlag gesteckt und bis zum spätestens **31.09.2015** an mich zurück geschickt.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen verpflichten Sie sich, keine Informationen von dem jeweiligen Fall zu behalten oder an Dritte weiterzugeben. Hierfür bitte ich Sie, die beiliegende Einverständniserklärung zum Datenschutz auszufüllen und den Unterlagen beizufügen. Ihre Angaben werden von mir ebenfalls vertraulich behandelt und im Auswertungsprozess anonymisiert. Alle Unterlagen werden nach Abschluss der Forschung von mir vernichtet.

Ich bin gespannt auf ihre Ergebnisse, stehe Ihnen aber vorher bei Fragen oder Unsicherheiten jeder Zeit per Mail ([helen.strebel@web.de](mailto:helen.strebel@web.de)) zur Verfügung.

Ich bedanke mich schon jetzt für Ihre Mitarbeit und sende Ihnen viele Grüße,

Helen Strebel

## Einverständniserklärung zum Datenschutz

Bitte Zutreffendes ankreuzen!!!

Mir wurden die Gründe für die Datenerhebung schriftlich verständlich dargestellt.

Ich bestätige, dass ich freiwillig an der Studie teilnehmen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Videoaufnahmen und alle weiteren Unterlagen zur Bewertung der PEAP Interviews vollständig an die Studienleiterin zurückgeschickt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass ich über die vorliegenden Informationen Stillschweigen gegenüber Dritten wahre.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass alle Daten nach der Auswertung anonymisiert und die Unterlagen gelöscht werden.

.....

(Datum/Ort)

.....

(Unterschrift)

**Anlage 15: Einführung in die Think Aloud Methode Rater**

Liebe Studienteilnehmerin!

Im Rahmen der PEAP Inter-Rater Reliabilitätsstudie werden wichtige Daten zur Interpretation der Ergebnisse mit Hilfe der Think Aloud Methode gewonnen. Think Aloud bedeutet „lautes denken“. Grundsätzlich geht es darum, die Gedankengänge während einer Entscheidungsphase offen zu legen.

Mit der Methode soll nun „hörbar“ werden, was Ihnen bei der Gesamtbewertung des PEAP durch den Kopf geht und wie Sie zu ihrer Entscheidung kommen. Um die Methode zu verstehen lesen Sie sich bitte erst mal die beiden fachfremden Beispiele durch.

**Frage:** Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt?

**Beispielantwort 1:** *Oh, lassen sie mich nachdenken. Ich war auf jeden Fall letzten Monat zur Kontrolle. Und dann bin ich noch einmal dort gewesen, das dürfte so im Juli gewesen sein, da ist mir vorher eine Krone rausgefallen, die dann wieder eingesetzt wurde. Ich glaube ein weiteres Mal war ich nicht mehr dort.*

**Ergebnis:** Methode funktioniert; die Gedanken die zur Antwort führen werden deutlich.

**Beispielantwort 2:** [überlegt] *dreimal.*

**Ergebnis:** Methode funktioniert nicht, da die Gedankengänge, die zu dem Ergebnis geführt haben, nicht offengelegt wurden



**Frage:** Wenn Sie einmal an eine normale Nacht unter der Woche denken. Wie lange, ich meine in Stunden, schlafen Sie an so einer Nacht in der Regel?

**Beispielantwort 1:** *Meistens gehe ich so gegen 22 Uhr ins Bett, also wenn ich zuhause bin. Aber das ist unter der Woche schon meisten so. Dann lese ich meistens noch ein bisschen, so eine halbe Stunde. Der Wecker klingelt dann um 6 Uhr aber ich schlafe meistens noch eine halbe Stunde weiter. Das macht dann so im Schnitt acht Stunden.*

**Ergebnis:** Methode funktioniert; die Gedanken die zur Antwort führen werden deutlich

**Beispielantwort 2:** *Ich gehe nachdem ich mit dem Hund rausgegangen bin ins Bett und schlafe dann in der Regel sofort ein. Manchmal stehe ich in der Nacht auf, weil ich Durst habe.*

**Ergebnis:** Methode funktioniert nicht; die Gedanken werden zwar verbalisiert, es wird aber keine nachvollziehbare Antwort auf die Frage gegeben.

Wichtig ist, dass Sie aussprechen, was Ihnen durch den Kopf geht und nicht erst das Ergebnis verbalisieren! Um zu gewährleisten, dass die Daten für den Forschungszweck verwendet werden können, muss während der Gesamtbewertung der PEAP-Interviews ein Tonbandgerät laufen.

Um dieses Vorgehen mit Ihnen nochmal gemeinsam zu üben oder technische Fragen zu klären, können wir gerne einen individuellen Skyp bzw. Telefontermin vereinbaren. Bei diesem können wir alle aufkommenden Fragen zur Think aloud Methode und mögliche Fragen zur Durchführung der Gesamtbewertung des PEAP klären.

Viele Grüße,

Helen Strebel

**Anlage 16: Aufforderung zur Durchführung der Think Aloud Methode Rater**

Liebe Studienteilnehmer,

bitte beantworten sie **direkt nach jeder Einstufung eines Betätigungsfeldes** verbal die unten aufgeführten Fragen 1 & 2. Beide Fragen beziehen sich auf die soeben durchgeführte Bewertung eines Betätigungsfeldes. Die Beispielantworten sollen Ihnen nochmal das Vorgehen bei dieser Technik verdeutlichen.

1. Beschreiben sie bitte, an was sie **während der Videosequenz** bezüglich der Bewertung des entsprechenden Betätigungsfeldes gedacht haben.

**Beispielantworten:**

*z.B. das Kind wirkte auf mich sehr unruhig und abgelenkt. Ich habe überlegt ob es sich überhaupt noch auf das Gespräch konzentrieren konnte. Es hat mich gewundert, dass es sich nochmal durch die Therapeutin motivieren ließ und eine Einschätzung abgab.*

Oder:

*Das Kind scheint nicht so großes Interesse an dem Betätigungsfeld zu haben.*

2. Beschreiben sie bitte, an was sie **während der Bewertung** des entsprechenden Betätigungsfeldes gedacht haben.

**Beispielantworten:**

*z.B. Ich habe lange zwischen der Bewertung 2 und 3 geschwankt. Nach den Beschreibungen des Kindes wirkt das Problem für mich als massives Problem, jedoch haben Mutter und Erzieherin dies nicht so dargestellt. Ich finde das ist eine schwierige Situation. Im Endeffekt habe ich mich aber für eine 3 entschieden, da ja die Wichtigkeit hoch war.*

Oder:

*Da muss ich nicht lange überlegen, das ist ganz eindeutig eine 2 weil...*

Bitte stellen sie vor der ersten Gesamtbewertung eines Betätigungsfeldes das Tonbandgerät ein und erst nach Abschluss der letzten Bewertung das Tonbandgerät wieder aus.

Vielen Dank!

## Anlage 17: Fragebogen

Lieber Studienteilnehmer,

füllen Sie bitte den Fragebogen direkt im Anschluss nach der Bewertung jedes einzelnen Interviews vollständig und aufrichtig aus. Der Fragebogen bezieht sich immer auf nur ein PEAP Interview. In der Kopfleiste findet sich die entsprechende Zuordnung z.B. Fragebogen Fall C.

Bitte lassen Sie keine Frage aus, sondern kreuzen Sie bei jeder Frage die entsprechende Antwort an und falls gefragt, begründen Sie diese bitte kurz in eigenen Worten. Bedenken Sie, dass es keine richtigen und falschen Antworten gibt, ihre Meinung und Einschätzung zählt!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt, während des Auswertungsprozesses anonymisiert und nach Abschluss des Forschungsprojektes vernichtet.

Schon jetzt vielen Dank für ihre Teilnahme!

Helen Strebel

**1. Wie haben Sie das offene Interview im Hinblick auf Ihr Bewertungsverhalten wahrgenommen?**

☐  
☐  
☐

als hilfreich

als einschränkend

neutral

Begründen Sie Ihre Antwort bitte kurz:

**2. Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen der Therapeutin, die Sie bei der Bewertungsfindung unterstützt haben?**

☐

Ja

Beschreiben Sie bitte kurz welche das waren:

☐

Nein

3. Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen der Therapeutin, die Ihre Bewertungsfindung erschwert haben?

☐

Ja

Beschreiben Sie bitte kurz welche das waren:

☐

Nein

4. Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen von Seiten des Kindes, die Ihre Bewertungsfindung unterstützt haben?

☐

Ja

Beschreiben Sie bitte kurz welche das waren:

☐

Nein

5. Gab es während der standardisierten Befragung Verhaltensweisen von Seiten des Kindes, die Ihre Bewertungsfindung erschwert haben?

☐

Ja

Beschreiben Sie bitte kurz welche das waren:

☐

Nein

6. Gab es weitere Aspekte wie z.B. Interviewort, Gesprächsatmosphäre, die Ihre Bewertung beeinflusst haben?

☐

Ja

Beschreiben Sie bitte kurz den Aspekt/die Aspekte. Geben Sie an ob dies/e förderlich oder hinderlich für ihr Bewertungsverhalten war/en:

☐

Nein

7. Die Gesamtbewertungen des Falles fiel mir

<input type="checkbox"/>	leicht
<input type="checkbox"/>	mittel
<input type="checkbox"/>	schwer
<input type="checkbox"/>	war nicht möglich

Begründen Sie ihre Antwort bitte kurz:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Anlage 18: Fall 1 Ratings kodiert

Betätigungsfeld	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Therapeut A	4	4	7	7	7	4	10	4	4	1	4	4	7	1	4
B	5	5	6	9	6	4	7	3	3	1	7	3	7	1	4
C	4	4	7	10	7	7	7	4	4	1	7	4	7	1	4
D	7	4	7	7	6	2	7	4	4	1	5	2	6	1	6
E	5	6	7	7	5	4	7	3	7	1	2	1	5	1	5
F	6	5	7	9	6	3	7	3	3	1	4	3	6	1	6
G	7	4	4	4	7	4	7	4	4	1	4	4	7	1	7
H	4	7	7	7	7	4	7	4	4	1	4	3	5	1	4
I	4	4	4	4	7	7	7	4	4	1	4	4	7	1	4
J	4	4	4	9	4	4	10	2	1	1	1	1	7	1	4
Kind	1	4	7	10	1	1	10	1	4	1	1	1	7	1	10
Mutter	6	5	6	9	3	2	6	6	3	1	1	2	6	1	5
Lehrerin	4	4	1	3	7	1	4	1	1	1	7	1	7	1	4
Wichtigkeit															
Kind	n.B.	4	7	10	n.B.	n.B.	10	n.B.	1	n.B.	n.B.	n.B.	1	n.B.	7
Mutter	4	7	10	7	10	4	7	10	10	n.B.	n.B.	4	10	n.B.	7
Lehrerin	7	7	n.B.	4	7	n.B.	4	n.B.	n.B.	n.B.	10	n.B.	4	n.B.	4



## Anlage 19: Fall 2 Ratings kodiert

Betätigungsfe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Therapeut A	1	4	4	4	7	1	7	4	4	4	4	7	1	4	1
B	4	7	3	4	7	5	5	3	3	2	4	5	2	5	2
C	1	7	4	4	7	3	3	3	1	2	2	9	1	3	1
D	2	5	4	4	7	3	5	3	3	2	4	10	1	3	1
E	4	7	4	4	7	2	7	4	3	2	4	7	1	2	2
F	3	6	3	4	6	4	6	3	3	2	4	8	2	4	2
G	4	7	4	4	7	4	7	4	4	1	4	10	1	4	1
H	3	5	4	4	5	3	6	3	3	3	4	8	1	4	4
I	4	7	4	4	7	4	4	4	4	4	4	10	1	4	1
J	1	4	4	4	7	4	5	3	4	2	2	8	1	3	1
Kind	1	5	4	4	7	1	6	1	3	2	5	10	1	2	1
Mutter	4	6	3	4	5	5	5	4	3	2	3	8	2	3	3
Lehrerin	1	3	3	k.A.	5	1	3	3	3	1	1	3	1	1	1
Wichtigkeit															
Kind	n.B.	4	7	10	10	n.B.	10	n.B.	4	10	7	10	n.B.	1	n.B.
Mutter	4	7	4	4	7	4	7	4	4	4	4	7	1	1	1
Lehrerin	n.B.	4	4	k.A.	7	n.B.	4	4	4	n.B.	n.B.	4	n.B.	n.B.	n.B.
	k.A = keine Angabe; führt Kind im schulischen Umfeld nicht durch														
	n.B. = nicht beurteilt, da kein Problem														

## Anlage 20: Fall 3 Ratings kodiert

Betätigungsfe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Therapeut A	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	4	1	1	4	1
B	4	1	1	1	1	3	3	5	2	4	2	1	2	3	1
C	4	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1
D	3	1	1	1	2	2	2	4	2	3	3	1	2	3	1
E	2	1	1	1	1	3	2	4	2	3	3	1	1	3	1
F	3	2	2	1	3	3	2	4	2	4	4	1	1	3	1
G	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	3	1	1
H	2	1	1	1	1	4	4	4	3	4	4	1	3	4	1
I	1	1	1	1	1	1	4	4	4	1	1	1	1	1	1
J	4	1	1	1	1	4	4	4	4	4	1	1	1	4	1
Kind	4	1	1	1	4	7	1	4	1	4	7	1	4	4	1
Mutter	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1
Lehrerin	1	1	1	1	1	1	3	5	3	1	1	1	1	4	1
Wichtigkeit															
Kind	7	n.B.	n.B.	n.B.	1	1	n.B.	4	n.B.	1	7	n.B.	1	10	n.B.
Mutter	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	4	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.
Lehrerin	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	4	7	4	n.B.	n.B.	n.B.	n.B.	4	n.B.

## Anlage 21: Darstellung Ergebnisse Inter-Rater Reliabilitätsstudie

## Bewertung Betätigungsfelder 2-5 im Bereich Selbstversorgung

Betätigungsfeld 2: An- und Ausziehen

Dieses Betätigungsfeld umfasst „die jahreszeitlich üblichen Kleidungsstücke in der richtigen Reihenfolge und richtig herum an- und ausziehen, Verschlüsse öffnen und schließen. Kinder ab 6 Jahren binden die Schnürsenkel selbst, wählen Kleidung passend zur Aktivität und ziehen sich auch für Sport und Schwimmbad selbständig um (es wird hier nicht beurteilt, was das Kind mit der ausgezogene Kleidung macht, es geht hier nur um das An- und Ausziehen an sich) (Kraus & Romein 2015: 92).

**Fall 1 Hamid**

Bei der Bewertung gibt Hamid an, ein leichtes Problem bei der Durchführung der Betätigungen, die zum Betätigungsfeld „An- und Ausziehen“ gezählt werden, zu haben. Das Problem ist ihm etwas wichtig. Auch Mutter und Lehrerin beschreiben jeweils ein leichtes Problem in diesem Betätigungsfeld, jedoch ist beiden das Problem ziemlich wichtig.

Tabelle 91: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 2

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	4
Mutter	5	7
Lehrerin	4	7

8 Rater bewerten das Betätigungsfeld als überwiegend leicht problematisch, zwei Rater (E & H) bewerten es als deutliches Problem.

Tabelle 92: Bewertung Rater Fall Hamid BF 2

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	5	4	4	6	5	4	7	4	4

### Fall 2 Merle

Die Bewertung durch die Klientengruppe zeigt, dass das „An- und Ausziehen“ für das Kind und die Lehrerin ein leichtes Problem darstellt, das etwas wichtig ist. Die Mutter schätzt das Betätigungsfeld als deutliches Problem mit einer ziemlichen Wichtigkeit ein.

Tabelle 93: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 2

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	5	4
Mutter	6	7
Lehrerin	3	4

Sechs Rater (B; C; E; F; G; I) stufen das Betätigungsfeld als deutliches Problem ein, vier Rater (A; D; F; H) als leichtes Problem.

Tabelle 94: Bewertung Rater Fall Merle BF 2

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	7	7	5	7	6	7	5	7	4

### Fall 3 Luis

Die Klientengruppe nimmt in diesem Betätigungsfeld einheitlich kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 95: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 2

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Die Rater bewerten dieses Feld ebenfalls einheitlich als kein Problem. Nur Rater E gibt eine 2, was aber auch im unproblematischen Bereich ist.

Tabelle 96: Bewertung Rater Fall Luis BF 2

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>Bewertung</b>	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1

## Gesamtbewertung Betätigungsfeld 2

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (n=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 3 wird von allen Teilnehmern entweder eine Bewertung von 1 oder 2 vorgenommen. Eine breitere Bewertungsvarianz zeigt sich innerhalb der Fälle 1 und 2.

Tabelle 97: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 2

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_02_Fall_1	10	4,70	4	7
BF_02_Fall_2	10	5,90	4	7
BF_02_Fall_3	10	1,10	1	2

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde, er umfasst eine Spannbreite von 3 Bewertungspunkten. Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld 2 bei  $W = ,884$ .

Betätigungsfeld 3: Toilettengang

Hierbei geht es darum „alleine rechtzeitig, auch nachts, zur Toilette gehen, sich aus- und ankleiden, Toilette sauber benutzen, den Intimbereich säubern sowie die Hände waschen und trocknen (Kraus & Romein 2015: 94).

**Fall 1 Hamid**

Bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes gibt Hamid an, deutliche Probleme zu haben. Das Problem ist ihm zudem ziemlich wichtig. Auch die Mutter gibt ein deutliches Problem mit einer sehr großen Wichtigkeit an. Die Lehrerin hingegen sieht kein Problem in diesem Betätigungsbereich und entsprechend auch keine Wichtigkeit.

Tabelle 98: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 3

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	7	7
Mutter	6	10
Lehrerin	1	n.b.

Sieben Rater bewerten das Betätigungsfeld als deutliches Problem, drei Rater (G; I & J) bewerten es als leichtes Problem.

Tabelle 99: Bewertung Rater Fall Hamid BF 3

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	7	6	7	7	7	7	4	7	4	4

## Fall 2 Merle

Die Bewertung durch die Klientengruppe zeigt, dass das Betätigungsfeld „Toilettengang“ für Kind, Mutter und Lehrerin ein leichtes Problem darstellt, dass für Mutter und Lehrerin etwas wichtig ist. Für Merle jedoch eine ziemliche Wichtigkeit darstellt.

Tabelle 100: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 3

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	7
Mutter	3	4
Lehrerin	3	4

Alle Rater bewerten dieses Betätigungsfeld einheitlich als leichtes Problem.

Tabelle 101: Bewertung Rater Fall Merle BF 3

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	3	4	4	4	3	4	4	4	4

**Fall 3 Luis**

Die Klientengruppe nimmt in diesem Betätigungsfeld einheitlich kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 102: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 3

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Die Rater bewerten dieses Feld ebenfalls einheitlich als kein Problem. Nur Rater E gibt eine 2, was aber auch im unproblematischen Bereich liegt.

Tabelle 103: Bewertung Rater Fall Luis BF 3

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1

**Gesamtbewertung Betätigungsfeld 3**

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 3 wird von allen Teilnehmern entweder eine Bewertung von 1 oder 2 vorgenommen, bei Fall 2 variiert die Bewertung zwischen 3 und 4. Eine etwas breitere Bewertungsvarianz zeigt sich innerhalb des Falles 1, hier geben die Rater eine Bewertung zwischen 4 bis 7 ab. Somit umfasst die Bewertung eine Spannbreite von 2,6 Bewertungspunkten.

Tabelle 104: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 3

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_03_Fall_1	10	6,00	4	7
BF_03_Fall_2	10	3,80	3	4
BF_03_Fall_3	10	1,10	1	2

Der Kendall's W bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's W liegt bei Betätigungsfeld 3 bei  $W = ,943$ .

#### Betätigungsfeld 4: Den Körper pflegen

Dieses Betätigungsfeld bezieht sich darauf, wie das Kind „Gesicht und Hände waschen und abtrocknen, Zähne putzen, Haare bürsten, Seife, Zahnpasta u.ä. dosieren, mit Wasser angemessen umgehen sowie unter Aufsicht Haare waschen, duschen oder baden“, kann (Kraus & Romein 2015: 95).

#### **Fall 1 Hamid**

Bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes gibt Hamid an, massive Probleme zu haben. Das Problem ist ihm zudem sehr wichtig. Auch die Mutter gibt ein massives Problem mit ziemlicher Wichtigkeit an. Die Lehrerin hingegen sieht ein leichtes Problem, das etwas wichtig ist.

Tabelle 105: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 4

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	10	10
Mutter	9	7
Lehrerin	3	4

Vier Rater (B; C; F & J) bewerten das Betätigungsfeld als massives Problem, vier Rater (A; C; E & H) bewerten es als deutliches Problem, wohingegen Rater G & I das Betätigungsfeld als leichtes Problem einstufen.

Tabelle 106: Bewertung Rater Fall Hamid BF 4

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	7	9	10	7	7	9	4	7	4	9

#### **Fall 2 Merle**

Die Bewertung durch Mutter und Kind zeigen, dass das Betätigungsfeld „Körperpflege“ ein leichte Problem darstellt, was für Merle sehr wichtig ist, für die Mutter etwas wichtig. Die Lehrerin macht keine Angabe, da sie auf dem Bewertungsbogen notiert, dass die Betätigungen aus diesem Betätigungsfeld in diesem schulischen Kontext nicht durchgeführt werden.



Tabelle 107: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 4

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	10
Mutter	4	4
Lehrerin	k.A.	k.A.

Alle Rater bewerten dieses Betätigungsfeld einheitlich als leichtes Problem.

Tabelle 108: Bewertung Rater Fall Merle BF 4

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

### Fall 3 Luis

Die Klientengruppe nimmt in diesem Betätigungsfeld einheitlich kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 109: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 4

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Die Rater bewerten dieses Feld ebenfalls einheitlich als kein Problem.

Tabelle 110: Bewertung Rater Fall Luis BF 4

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

### Gesamtbewertung Betätigungsfeld 4

Hier haben auch alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 3 wird von allen Teilnehmern entweder eine Bewertung von 1 vorgenommen, bei Fall 2 eine

übereinstimmende Bewertung von 4. Bei Fall 1 wird eine Bewertungsvarianz zwischen 4 und 10 angegeben, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 2,0 vor.

Tabelle 111: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 4

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_04_Fall_1	10	7,30	4	10
BF_04_Fall_2	10	4,00	4	4
BF_04_Fall_3	10	1,00	1	1

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld 4 bei  $W = ,958$ .

#### Betätigungsfeld 5: Fortbewegung mit und ohne Geräte

Umfasst „sich fortbewegen mit und ohne Geräte, nicht zum Zwecke des Spieles, sondern um ein Ziel zu erreichen; erforderliche Strecken sicher und in angemessener Geschwindigkeit bewältigen, Treppen steigen und Fortbewegungsgeräte wie Roller, Fahrrad oder Rollstuhl angemessen lenken und bremsen. Das Kind verhält sich unter Aufsicht verkehrssicher (z.B. benutzt Bürgersteig, wartet vor dem Überqueren der Straße). Gegenstände während der Fortbewegung transportieren“ (Kraus & Romein 2015: 96).

#### **Fall 1 Hamid**

Bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes gibt Hamid an, keine Probleme zu haben und gibt diesem Betätigungsfeld entsprechend keine Wichtigkeit ab. Die Mutter gibt ein leichtes Problem, das ihr sehr wichtig ist, an. Die Lehrerin hingegen sieht ein deutliches Problem, das ziemlich wichtig ist.

Tabelle 112: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 5

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	3	10
Lehrerin	7	7

Acht Rater bewerten das Betätigungsfeld als deutliches Problem, zwei Rater (E & J) bewerten es als leichtes Problem.

Tabelle 113: Bewertung Rater Fall Hamid BF 5

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	7	6	7	6	5	6	7	7	7	4

## Fall 2 Merle

Die Bewertung durch das Kind zeigt, dass das Betätigungsfeld „Fortbewegung mit und ohne Geräte“ für sie ein deutliches Problem darstellt, was für Merle sehr wichtig ist. Für die Mutter und die Lehrerin ist dieses Betätigungsfeld leicht problematisch und für beide ziemlich wichtig.

Tabelle 114: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 5

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	7	10
Mutter	5	7
Lehrerin	5	7

Neun Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als deutliches Problem, ein Rater (H) als leichtes Problem.

Tabelle 115: Bewertung Rater Fall Merle BF 5

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	7	7	7	7	7	6	7	5	7	7

**Fall 3 Luis**

Bei Betätigungsfeld 5 nimmt Luis ein leichtes Problem wahr, das jedoch gar nicht wichtig ist. Die Mutter und die Lehrerin nehmen hier kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 116: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 5

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	1
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Ein Rater (F) bewertet dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, die anderen Rater geben kein Problem an.

Tabelle 117: Bewertung Rater Fall Luis BF 5

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	1	1	2	1	3	1	1	1	1

**Gesamtbewertung Betätigungsfeld 5**

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 1 liegt die größte Bewertungsvarianz (zwischen 4 bis 7). Fall 2 zeigt eine Varianz zwischen 5 bis 7 und Fall 3 die gleiche Varianz nur zwischen 1 und 3, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 3,0 vor.

Tabelle 118: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 5

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_05_Fall_1	10	6,20	4	7
BF_05_Fall_2	10	6,70	5	7
BF_05_Fall_3	10	1,30	1	3

Der Kendall's W bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrundeliegt Der Kendall's W liegt bei Betätigungsfeld 5 bei  $W = ,883$ .

## Bewertung Betätigungsfelder 7 -10 im Bereich Produktivität

### Betätigungsfeld 7: Werkzeuge benutzen

„Das sichere, saubere und zielführende Umgehen mit Werkzeug bei altersentsprechenden Aktivitäten wie Schneiden, Nähen, Stanzen, Lochen, Hämmern oder Kleben; effektive Stifthaltung“ (Kraus & Romein 2015: 98) fallen in dieses Betätigungsfeld.

#### **Fall 1 Hamid**

Bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes gibt Hamid an massive Probleme zu haben, die ihm sehr wichtig sind. Die Mutter bewertet das Betätigungsfeld als deutliches Problem mit einer ziemlichen Wichtigkeit und die Lehrerin wertet ein leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit.

Tabelle 119: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 7

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	10	10
Mutter	6	7
Lehrerin	4	4

Acht Rater bewerten das Betätigungsfeld als deutliches Problem, zwei Rater (A & J) bewerten es als massives Problem.

Tabelle 120: Bewertung Rater Fall Hamid BF 7

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	10	7	7	7	7	7	7	7	7	10

#### **Fall 2 Merle**

Die Bewertung durch das Kind zeigt, dass das Betätigungsfeld „Werkzeugeinsatz“ ein deutliches Problem mit einer sehr hohen Wichtigkeit für Merle darstellt. Für die Mutter und die Lehrerin ist das Betätigungsfeld ein leichtes Problem mit mit ziemlicher Wichtigkeit für die Mutter und etwas Wichtigkeit für die Lehrerin.

Tabelle 121: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 7

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	6	10
Mutter	5	7
Lehrerin	3	4

Fünf Rater (A; E; F; G & H) bewerten dieses Betätigungsfeld als deutliches Problem, fünf Rater (B; C; D; I & J) als leichtes Problem.

Tabelle 122: Bewertung Rater Fall Merle BF 7

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	7	5	3	5	7	6	7	6	4	5

### Fall 3 Luis

Luis und seine Mutter nehmen bei Betätigungsfeld 7 kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben. Die Lehrerin gibt ein leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit an.

Tabelle 123: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 7

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	3	4

Sieben Rater bewertet diese Beätigungsfeld als leichtes Problem, die anderen drei Rater (D; E & F) geben kein Problem an.

Tabelle 124: Bewertung Rater Fall Luis BF 7

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	3	4	2	2	2	4	4	4	4

## Gesamtbewertung Betätigungsfeld 7

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 1 liegt eine Bewertungsvarianz zwischen 7 bis 10 vor. Die größte Spannbreite bezüglich der Bewertung zeigt sich bei Fall 2 (von 3 bis 7). Fall 3 zeigt eine kleine Varianz von 2 bis 4, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 4,0 vor.

Tabelle 125: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 7

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
BF_07_Fall_1	10	7,60	1,265	7	10
BF_07_Fall_2	10	5,50	1,354	3	7
BF_07_Fall_3	10	3,30	,949	2	4

Der Kendall's W bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrundeliegt. Der Kendall's W liegt bei Betätigungsfeld bei  $W = ,830$ .

Betätigungsfeld 8: Kulturtechniken erlernen

Dieses Betätigungsfeld umfasst die Betätigungen „Buchstaben erkennen, eigenen Namen in großen Buchstaben schreiben, aus- und abmalen, kreatives Malen und Malen in kleinen fortlaufenden Mustern, Nachspuren, mit Zahlen umgehen, Mengen erfassen, Würfelpunkte erkennen und mit Medien (z.B. Computer, Büchern) umgehen“ (Kraus & Romein 2015: 99).

**Fall 1 Hamid**

Bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes geben Hamid und die Lehrerin keine Probleme an und bewerten entsprechend die Wichtigkeit nicht. Die Mutter gibt jedoch ein deutliches Problem an, das ihr sehr wichtig ist.

Tabelle 126: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 8

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	6	10
Lehrerin	1	n.b.

Neun Rater bewerten das Betätigungsfeld als leichtes Problem, ein Rater (J) bewertet es als unproblematisch.

Tabelle 127: Bewertung Rater Fall Hamid BF 8

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>Bewertung</b>	4	3	4	4	3	3	4	4	4	2

### Fall 2 Merle

Die Bewertung durch das Kind zeigt, dass das Betätigungsfeld „Kulturtechniken erlernen“ kein Problem für Merle darstellt, entsprechend wird die Wichtigkeit nicht bewertet. Für die Mutter und die Lehrerin ist das Betätigungsfeld ein leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit für die beide.

Tabelle 128: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 8

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
<b>Kind</b>	1	n.b.
<b>Mutter</b>	4	4
<b>Lehrerin</b>	3	4

Alle Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem.

Tabelle 129: Bewertung Rater Fall Merle BF 9

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
<b>Bewertung</b>	4	3	3	3	4	3	4	3	4	3

### Fall 3 Luis

Luis und die Lehrerin nehmen bei Betätigungsfeld 8 ein leichtes Problem wahr, das für Luis etwas wichtig und für die Lehrerin ziemlich wichtig ist. Die Mutter gibt kein Problem an, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.



Tabelle 130: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 9

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	4
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	5	7

Neun Rater bewertet dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, ein Rater (C) gibt kein Problem an.

Tabelle 131: Bewertung Rater Fall Luis BF 8

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	5	1	4	4	4	4	4	4	4

#### Gesamtbewertung Betätigungsfeld 8

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 1 liegt eine Bewertungsvarianz zwischen 2 bis 4 vor. Die geringste Spannbreite bezüglich der Bewertung zeigt sich bei Fall 2 (von 3 bis 4). Fall 3 zeigt eine größere Varianz als Fall 1 und 2 und zwar von 1 bis 5, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 3,3 vor.

Tabelle 132: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 8

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_08_Fall_1	10	3,50	2	4
BF_08_Fall_2	10	3,40	3	4
BF_08_Fall_3	10	3,80	1	5

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld bei  $W = ,170$ .

#### Betätigungsfeld 9: Aufgaben erledigen

Dies beinhaltet Betätigungen wie „sicheres und effektives Ausführen von kleineren Aufgaben im üblichen Tagesablauf der Familie oder des Kindergartens wie Jacke aufhängen, Zimmer aufräumen,

Geschwistern helfen, Tisch decken oder abwischen, Mülleimer rausbringen, Materialien holen oder aufräumen“ (Kraus & Romein 2015: 100).

### Fall 1 Hamid

Hamid gibt bei der Bewertung dieses Betätigungsfeldes ein leichtes Problem an, das ihm jedoch nicht wichtig ist. Die Mutter bewertet das Feld ebenfalls als leichtes Problem, das ihr sehr wichtig ist. Die Lehrerin gibt keine Probleme an und bewertet entsprechend die Wichtigkeit nicht.

Tabelle 133: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 9

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	1
Mutter	3	10
Lehrerin	1	n.b.

Acht Rater bewerten das Betätigungsfeld als leichtes Problem, ein Rater (I) bewertet es als unproblematisch und Rater E als deutliches Problem.

Tabelle 134: Bewertung Rater Fall Hamid BF 9

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	3	4	4	7	3	4	4	4	1

### Fall 2 Merle

Die Bewertung durch die Klientengruppe zeigt, dass das Betätigungsfeld „Aufgaben erledigen“ für alle befragten Personen ein leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit darstellt.

Tabelle 135: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 9

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	3	4
Mutter	3	4
Lehrerin	3	4

Neun Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, ein Rater(C) bewertet es als kein Problem.

Tabelle 136: Bewertung Rater Fall Merle BF 9

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	3	1	3	3	3	4	3	4	4

### Fall 3 Luis

Luis und die Mutter nehmen bei Betätigungsfeld 9 kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben. Die Lehrerin gibt ein leichtes Problem an mit etwas Wichtigkeit.

Tabelle 137: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 9

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	3	4

Neun Rater bewertet dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, ein Rater (C) gibt kein Problem an.

Tabelle 138: Bewertung Rater Fall Luis BF 9

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	2	1	2	2	2	4	3	4	4

### Gesamtbewertung Betätigungsfeld 9

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 1 liegt die größte Bewertungsvarianz zwischen 1 bis 4 vor. Die beiden anderen Fälle zeigen jeweils eine Varianz zwischen 1 bis 4, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 5,0 vor.

Tabelle 139: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 9

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_09_Fall_1	10	3,80	1	7
BF_09_Fall_2	10	3,20	1	4
BF_09_Fall_3	10	2,80	1	4

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld bei  $W = ,317$ .

#### Betätigungsfeld 10: In Gruppen interagieren

Hierbei geht es darum „sich in einer Gruppe sozial angemessen verhalten, Gruppenregeln einhalten, auf andere eingehen und Rücksicht nehmen, nicht stören, auf Anweisung oder Kritik angemessen reagieren, sich aktiv ins Gruppengeschehen einbringen“ (Kraus & Romein 2015: 101)

#### **Fall 1 Hamid**

Die Klientengruppe gibt einheitlich bei diesem Betätigungsfeld kein Problem an und bewertet entsprechend die Wichtigkeit nicht.

Tabelle 140: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 10

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Alle Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als unproblematisch.

Tabelle 141: Bewertung Rater Fall Hamid BF 10

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

### Fall 2 Merle

Die Bewertung durch die Klientengruppe zeigt, dass das Betätigungsfeld „In Gruppen interagieren“ für alle befragten Personen kein Problem darstellt. Merle gibt jedoch an, dass ihr dieses Betätigungsfeld sehr wichtig ist und auch die Mutter bewertet das Feld mit etwas wichtig.

Tabelle 142: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 10

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	2	10
Mutter	2	4
Lehrerin	1	n.b.

Sieben Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als kein Problem, drei Rater (A; H; I) bewertet es als leichtes Problem.

Tabelle 143: Bewertung Rater Fall Merle BF 10

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	2	2	2	2	2	1	3	4	2

### Fall 3 Luis

Luis und die Mutter nehmen bei Betätigungsfeld 10 ein leichtes Problem wahr, was für Luis jedoch keine Wichtigkeit hat, für seine Mutter etwas wichtig ist. Die Lehrerin gibt in diesem Bereich kein Problem an, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 144: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 9

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	1
Mutter	4	4
Lehrerin	1	n.b.

Acht Rater bewertet dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, zwei Rater (C & I) bewerten kein Problem.

Tabelle 145: Bewertung Rater Fall Luis BF 10

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	4	1	3	3	4	4	4	1	4

## Gesamtbewertung Betätigungsfeld 10

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 1 liegt keine Bewertungsvarianz vor, alle Rater haben dieses Betätigungsfeld mit einer 1 bewertet. Bei Fall 2 und 3 liegt die Bewertungsvarianz zwischen 1 bis 4, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 2,6 vor.

Tabelle 146: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 10

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_10_Fall_1	10	1,00	1	1
BF_10_Fall_2	10	2,40	1	4
BF_10_Fall_3	10	3,20	1	4

Der Kendall's W bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's W liegt bei Betätigungsfeld 10 liegt bei  $W = ,658$ .

## Bewertung Betätigungsfelder 12-15 im Bereich Freizeit

Betätigungsfeld 12: Aktive körperliche Spiele

Hierunter fallen „informell spontan oder formell organisiert körperlich aktiv spielen wie Klettern, Turnen, Balancieren, Trampolin oder Seilspringen, Hüpfen, Ball werfen, fangen, schießen oder prellen oder Sportarten ausüben“ (Kraus & Romein 2015: 103).

**Fall 1 Hamid**

Hamid und die Lehrerin geben für dieses Betätigungsfeld kein Problem an und bewertet entsprechend die Wichtigkeit nicht. Die Mutter bewertet dieses Feld ebenfalls als unproblematisch jedoch ist es ihr etwas wichtig.

Tabelle 147: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 12

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	2	4
Lehrerin	1	n.b.

Sieben Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, drei Rater (D; E & J) als kein Problem.

Tabelle 148: Bewertung Rater Fall Hamid BF 12

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	3	4	2	1	3	4	3	4	1

## Fall 2 Merle

Die Bewertung durch Merle zeigt, dass sie das Betätigungsfeld „Aktive körperliche Spiele“ als massives Problem einstufen, das ihr sehr wichtig ist. Die Mutter bewertet das Feld als deutliches Problem mit einer ziemlichen Wichtigkeit. Die Lehrerin gibt ein leichtes Problem mit etwas Wichtigkeit an.

Tabelle 149: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 12

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	10	10
Mutter	8	7
Lehrerin	3	4

Fünf Rater (A; E; F; H & J) bewerten dieses Betätigungsfeld als deutliches Problem, vier Rater (C; D; G & I) bewertet es als massives Problem, ein Rater (B) als leichtes Problem.

Tabelle 150: Bewertung Rater Fall Merle BF 12

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	7	5	9	10	7	8	10	8	10	8

**Fall 3 Luis**

Die Klientengruppe nimmt in diesem Betätigungsfeld einheitlich kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 151: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 12

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Die Rater bewerten dieses Betätigungsfeld einheitlich als kein Problem.

Tabelle 152: Bewertung Rater Fall Luis BF 12

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Gesamtbewertung Betätigungsfeld 12**

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Bei Fall 2 liegt die größte Bewertungsvarianz von 5 bis 10. Fall 1 zeigt eine etwas kleinere Varianz von 1 bis 4. Bei Fall 3 liegt keine Bewertungsvarianz vor, alle Rater haben das Betätigungsfeld mit 1 bewertet, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 3,3 vor.

Tabelle 153: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 12

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_12_Fall_1	10	2,90	1	4
BF_12_Fall_2	10	8,20	5	10
BF_12_Fall_3	10	1,00	1	1

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld bei  $W = ,958$ .



Betätigungsfeld 13: Gemeinsam spielen

Darunter fallen „Spiele mit mindestens einem Partner wie Brett-, Karten- Gesellschafts- oder gemeinsame Video- und Computerspiele spielen und dabei die vorgegebenen Regeln einhalten“ (Kraus & Romein 2015: 104)

**Fall 1 Hamid**

Die befragte Klientengruppe gibt für dieses Betätigungsfeld einheitlich ein deutliches Problem an. Hamid ist dieses Problem jedoch nicht wichtig, wohingegen die Mutter es als sehr wichtig und die Lehrerin als etwas wichtig einstufen.

Tabelle 154: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 13

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	7	1
Mutter	6	10
Lehrerin	7	4

Acht Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als deutliches Problem, zwei Rater (E & H) als leichtes Problem.

Tabelle 155: Bewertung Rater Fall Hamid BF 13

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	7	7	7	6	5	6	7	5	7	7

**Fall 2 Merle**

Die Bewertung durch die Klientengruppe zeigt, dass sie das Betätigungsfeld „Regelspiele“ als unproblematisch einstufen. Alle drei geben in diesem Bereich kein Problem an und entsprechend keine Wichtigkeit.

Tabelle 156: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 13

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	2	1
Lehrerin	1	n.b.

Alle Rater stufen das Betätigungsfeld als kein Problem ein.

Tabelle 157: Bewertung Rater Fall Merle BF 13

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1

### Fall 3 Luis

Die Mutter und die Lehrerin nehmen in diesem Betätigungsfeld einheitlich kein Problem wahr, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben. Luis gibt ein leichtes Problem an, das aber für ihn aber nicht wichtig ist.

Tabelle 158: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 13

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	1
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Acht Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als kein Problem, zwei Rater (G & H) geben ein leichtes Problem an.

Tabelle 159: Bewertung Rater Fall Luis BF 13

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	2	1	2	1	1	3	3	1	1

## Gesamtbewertung Betätigungsfeld 13

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Insgesamt liegt bei diesem Betätigungsfeld eine geringe Bewertungsvarianz vor. Fall 1 und Fall 3 haben eine Varianz von 3, Fall 2 nur eine Varianz von 2 (1 bis 2), somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 2,6 vor.

Tabelle 160: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 13

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_13_Fall_1	10	6,40	5	7
BF_13_Fall_2	10	1,20	1	2
BF_13_Fall_3	10	1,60	1	3

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrundeliegt Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld bei  $W = ,894$ .

Betätigungsfeld 14: Alleine spielen

Umfasst „Sich alleine längere Zeit aktiv innerhalb der Wohnung mit Spielmaterial beschäftigen ohne sich ablenken zu lassen. Beispiele: Konstruktionsspiele, Malen, mit Autos oder Puppen spielen, Legos, Puzzles, etc.“ (Kraus & Romein 2015: 105).

**Fall 1 Hamid**

Die befragte Klientengruppe gibt für dieses Betätigungsfeld einheitlich ein kein Problem und entsprechend keine Wichtigkeit an.

Tabelle 161: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 14

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Alle Rater geben einheitlich für dieses Betätigungsfeld kein Problem an.

Tabelle 162: Bewertung Rater Fall Hamid BF 14

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Fall 2 Merle**

Die Bewertung durch die Mutter zeigt, dass sie das Betätigungsfeld „Alleine spielen“ als leichtes Problem einstuft, was für sie jedoch keine Wichtigkeit hat. Merle und die Lehrerin geben in diesem Bereich kein Problem an und entsprechend keine Wichtigkeit.

Tabelle 163: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 14

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	2	1
Mutter	3	1
Lehrerin	1	n.b.

Neun Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, ein Rater (E) bewertet es als kein Problem.

Tabelle 164: Bewertung Rater Fall Merle BF 14

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	5	3	3	2	4	4	4	4	3

**Fall 3 Luis**

Die Luis und die Lehrerin nehmen in diesem Betätigungsfeld ein leichtes Problem wahr, was für Luis sehr wichtig und für die Lehrerin etwas wichtig ist. Die Mutter gibt kein Problem an, entsprechend wird auch keine Wichtigkeit angegeben.

Tabelle 165: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 14

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	4	10
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	4	4

Sieben Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, drei Rater (C; G & I) geben kein Problem an.

Tabelle 166: Bewertung Rater Fall Luis BF 14

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	3	1	3	3	3	1	4	1	4

#### Gesamtbewertung Betätigungsfeld 14

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Insgesamt liegt bei diesem Betätigungsfeld bei Fall 2 und 3 eine mittlere Bewertungsvarianz von jeweils 4 Punkten vor. Fall 1 ein hat keine Bewertungsvarianz, da alle Rater dieses Betätigungsfeld mit 1 bewertet haben, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 2,6 vor.

Tabelle 167: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 14

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_14_Fall_1	10	1,00	1	1
BF_14_Fall_2	10	3,60	2	5
BF_14_Fall_3	10	2,70	1	4

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld bei  $W = ,697$ .

#### Betätigungsfeld 15: Phantasie- und Rollenspiele spielen

Hierunter fallen Spiele bei denen Kinder „mit anderen Kindern nicht nach vorgegebenen, sondern nach selbst erdachten Regeln spielen, dabei eine gedachte Rolle ausfüllen, den verwendeten Spielgeräten und -materialien eine eigene Bedeutung geben und auf die Wünsche und Aktionen der Spielpartner eingehen. Typisch sind Vater-Mutter-Kind, Ritter, Einkaufen oder mit Puppen spielen oder Pappkartons zu Autos und Wolldecken zu Zelten machen“ (Kraus & Romein 2015: 106)

**Fall 1 Hamid**

Hamid gibt für dieses Betätigungsfeld ein massives Problem mit einer ziemlichen Wichtigkeit an. Die Mutter und die Lehrerin geben ein leichtes Problem, ebenfalls mit einer ziemlichen Wichtigkeit an.

Tabelle 168: Bewertung Klientengruppe Fall Hamid BF 15

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	10	7
Mutter	5	7
Lehrerin	4	4

Sieben Rater bewerten ein leichtes Problem, drei Rater (D; F & G) bewerten ein deutliches Problem.

Tabelle 169: Bewertung Rater Fall Hamid BF 15

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	4	4	4	6	5	6	7	4	4	4

**Fall 2 Merle**

Die Bewertung durch die Mutter zeigt, dass sie das Betätigungsfeld „Phantasie- und Rollenspiele“ als leichtes Problem einstuft, was für sie jedoch keine Wichtigkeit hat. Merle und die Lehrerin geben in diesem Bereich kein Problem an und entsprechend keine Wichtigkeit.

Tabelle 170: Bewertung Klientengruppe Fall Merle BF 15

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	3	1
Lehrerin	1	n.b.

Neun Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als leichtes Problem, ein Rater (H) bewertet es leichtes Problem.

Tabelle 171: Bewertung Rater Fall Merle BF 15

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	2	1	1	2	2	1	4	1	1

**Fall 3 Luis**

Die befragte Klientengruppe gibt für dieses Betätigungsfeld kein Problem und entsprechend keine Wichtigkeit an.

Tabelle 172: Bewertung Klientengruppe Fall Luis BF 15

Klientengruppe	Bewertung Problem	Wichtigkeit
Kind	1	n.b.
Mutter	1	n.b.
Lehrerin	1	n.b.

Alle Rater bewerten dieses Betätigungsfeld als kein Problem.

Tabelle 173: Bewertung Rater Fall Luis BF 15

Therapeut	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Bewertung	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

**Gesamtbewertung Betätigungsfeld 15**

Hier haben ebenfalls alle Teilnehmer (N=10) das Betätigungsfeld für jeden Fall bewertet. Insgesamt liegt bei diesem Betätigungsfeld bei Fall 1 und 2 eine mittlere Bewertungsvarianz von jeweils 4 Punkten vor. Fall 3 hat keine Bewertungsvarianz, da alle Rater dieses Betätigungsfeld mit 1 bewertet haben, somit liegt insgesamt eine Varianz der Bewertungspunkte von 2,6 vor.

Tabelle 174: Deskriptive Statistik Betätigungsfeld 15

	N	Mean	Minimum	Maximum
BF_15_Fall_1	10	4,80	4	7
BF_15_Fall_2	10	1,60	1	4
BF_15_Fall_3	10	1,00	1	1

Der Kendall's  $W$  bezieht sich auf die komplette Bewertung des Feldes, ihm liegen somit 30 Bewertungen zugrunde liegt Der Kendall's  $W$  liegt bei Betätigungsfeld bei  $W = ,882$ .



## Anlage 22: Transkriptionsregeln

1. Die Transkription erfolgt wörtlich d.h. nicht lautsprachlich oder zusammenfassend, Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt.
2. Wortschleifen wie „gemma“ werden zu „gehen wir“; Satzformen, auch wenn diese fehlerhaft sind, werden beibehalten.
3. Geglättet werden Wort- und Satzabbrüche; Wortdopplungen nur erfasst, wenn sie inhaltlich eine Bedeutungsveränderung bewirken; Halbsätze bei den nur die Vollendung fehlt werden mit dem Abbruchzeichen versehen.
4. Pausen werden je nach Länge durch Auslassungspunkte in den Klammern markiert
5. Besonders betonte Wörter oder Satzteile werden groß geschrieben.
6. Jeder Sprechbeitrag bekommt einen eigenen Absatz. Am Ende eines Absatzes werden Zeitmarken aufgeführt.
7. Nonverbale Äußerungen wie z.B. lachen werden in Klammern notiert.
8. Unverständliche Wörter oder Passagen werden gekennzeichnet, die Ursache sollte wenn identifizierbar aufgeführt werden z.B. Handygeräusch

Symbol	Bedeutung
/	Abruptes Anhalten oder Unterbrechung einer Äußerung
(...)	Pause drei Sekunden
(Zahl)	Pause länger als drei Sekunden
(unv.)	Unverständliches Wort oder Passage

(nach Kuckartz 2014; Dresing & Pehl 2013)

## Anlage 23: Darstellung Auswertung IPA

## Hypothesenbildung Therapeut (Fachexpertise)

Umweltbezogen	Personenbezogen	Strukturelle Anteile
	<i>Kind</i>	
<u>Soziale Umwelt</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Fragliche Offenheit gegenüber Betätigungseinschränkungen</li> <li>○ Reduzierte Erwartungshaltung</li> <li>○ Vergleichsdenken</li> <li>○ Unterstützung</li> </ul>	<u>Physische Komponenten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Körperfunktionen haben Auswirkungen auf Betätigungsausführung</li> </ul>	Infos aus: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Freies Interview</li> <li>○ Anamnesebogen</li> <li>○ Andere Betätigungsfelder</li> <li>○ Freie Beobachtungssituationen</li> </ul>
<u>Kulturelle Umwelt</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Familienkultur</li> <li>○ Migrationshintergrund</li> </ul>	<u>Kognitive Komponenten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Strategieentwicklung Kind</li> <li>○ Can do vs. do do</li> </ul>	Einsatz von: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kommentarbeispielen</li> <li>○ Betätigungsraster</li> </ul>
<u>Physische Umwelt</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ausführung der Betätigung ist kontextabhängig</li> <li>○ Anpassung Arbeitsplatz (Stifte; Materialien)</li> </ul>	<u>Affektive Komponenten:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Interviewsituation: emotionale Belastung</li> <li>○ Emotionale Beteiligung/Reaktion</li> <li>○ Verhalten Kind förderlich/hemmend</li> </ul>	Betätigungsausführung (Qualität) <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Teilhabe</li> <li>○ Selbständigkeit</li> <li>○ Unterstützung</li> </ul>
<u>Institutionelle Umwelt:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Förderschule</li> </ul>		
	Kindliche Normalentwicklung	
	<i>Mutter</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Glaubwürdigkeit Mutter</li> <li>○ Aufgabenverständnis Mutter</li> <li>○ Emotionale Reaktion/Verhalten Mutter</li> <li>○ Fähigkeiten Mutter (Sprache)</li> <li>○ Setting: Anwesenheit Mutter</li> </ul>	

---

**Reasoningfomen**

Conditional reasoning

**Narratives reasoning**

Pragmatisches reasoning

Interactive reasoning

Scientific reasoning

---



---

**Klientenzentrierung**

Konsens Klientengruppe    Dissens Klientengruppe

Relevanz    Kind, Mutter, Lehrerin    oder    ganze Klientengruppe

Klientenzentrierung Mutter & Kind; Kind & Lehrerin; Mutter & Lehrerin; Kind & Lehrerin

Beurteilung: Mittelwert Klientengruppe

Klientenzentrierung:    Betätigung    ist    nicht    so bedeutungsvoll

Relevanz Alltag

---



---

**Use of self**

Unsicherheit Therapeut Bewertung

Unsicherheit Therapeut Verständnis Kind

Vertrauen Beurteilungsfähigkeit Kind

Verständnis Perspektive Kind

Verständnis Perspektive Mutter

Eigene Perspektive

Relevanz Therapeut

---



---

top – down Perspektive

bottom-up Perspektive

---